

Medische machtiging

Dossiernummer:

Ondergetekende:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Geboortedatum:	
BSN nummer:	

Machtigt
hierbij.....
.....

Therapeut

Naam en volledige voorletters:	
	dhr./mevr.*
Specialisme:	
Adres:	

Nadere informatie te verstrekken, evenals relevante delen van de cliëntenkaart aan de therapeut van:

.....
die van belang zijn voor de gezondheidstoestand.

Ondergetekende gaat er voort mee akkoord dat de therapeut, indien nodig en voor zover nodig in het kader van de behandeling, geïnformeerd wordt omtrent de behandelingen en van stukken voorziet. De therapeut zal de verkregen informatie strikt vertrouwelijk behandelen.

Datum:

Handtekening: