



Toestemmingsverklaring

Met deze verklaring geeft u toestemming aan de medewerkers van Voorzet Behandeling voor het uitwisselen van (medische) gegevens met andere instanties (zoals de huisarts of een andere hulpverlener). Dit betreft informatie die ondersteunend zal zijn voor de behandeling.

Naam cliënt :

Geboortedatum :

Adres :

Postcode, woonplaats :

E-mailadres :

Telefoonnummer :

Verklaart ermee akkoord te gaan dat medewerkers van Voorzet Behandeling (medische) informatie opvragen bij en/of verstrekken aan (invullen wat van toepassing is):

Huisartsenpraktijk :

Contactpersoon :

Functie :

Adres :

E-mailadres :

Telefoonnummer :

Behandelende instantie:

Contactpersoon :

Functie :

Adres :

E-mailadres :

Telefoonnummer :

Begeleidende instantie :

Contactpersoon :

Functie :

Adres :

E-mailadres :

Telefoonnummer :

Plaats :

Datum :

Handtekening :