

Huisartsenpraktijk Bredasingel
Bredasingel 54
6843RE Arnhem
www.hapbredasingel.nl

Ondergetekende,

Persoonsgegevens	
Achternaam	
Meisjesnaam	
Voorletters en voornamen	
Roepnaam	
Geboortedatum	
Geslacht (doorhalen wat niet van toepassing is)	M/V/interseks/transgender

Adresgegevens	
Straatnaam	
Huisnummer	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Mobiel telefoonnummer	
E-mail adres	

Verleent hierbij toestemming tot het verstrekken van medische gegevens (uitslagen) aan:

Persoonsgegevens	
Achternaam	
Meisjesnaam	
Voorletters en voornamen	
Roepnaam	
Geboortedatum	
Geslacht (doorhalen wat niet van toepassing is)	M/V/interseks/transgender
Telefoonnummer	
Mobiel telefoonnummer	
E-mailadres	

Wat is de relatie van de gemachtigde tot u? (doorhalen wat niet van toepassing is)
Echtgenoot/Echtgenote/Partner/Ouder/Verzorger/Zoon/Dochter

Anders, namelijk

Door het plaatsen van uw handtekening bevestigt u dat:

- U de gegevens op het formulier naar waarheid heeft ingevuld
- U kennis heeft genomen van de inhoud van het privacyreglement, zoals dat is gepubliceerd op de website van Huisartsenpraktijk Bredasingel, www.hapbredasingel.nl
- U toestemming geeft voor het verwerken van de door u - of uw wettelijke vertegenwoordiger - ingevulde persoonsgegevens.

Wij volgen het advies van de KNMG (artsenorganisatie) dat:

- bij kinderen tussen 12-16 jaar beide ouders/voogd EN het kind tekenen
- bij kinderen boven de 16 jaar alleen het kind zelf hoeft te tekenen.

Als het formulier volledig is ingevuld, kunt u het afgeven bij de assistente op de praktijk.

Datum	Naam	Handtekening