

Toestemmingsformulier Mijn Hulpmiddelenwinkel

Uitwisseling persoonsgegevens en gebruikshistorie hulpmiddelen

Ik verleen hierbij toestemming voor het uitwisselen van mijn persoonsgegevens (NAW, BSN, verzekeringsnummer) t.b.v. intake, evaluatie en gebruikshistorie van hulpmiddelen.

Mijn gegevens:

Naam : _____

Adres : _____

Postcode : _____

Woonplaats : _____

Geboortedatum : _____

Telefoonnummer : _____

BSN (Sofinummer) : _____

Praktijkgegevens:

Naam huisarts : Mw. A.M. Bos-van der Meulen

Naam / Plaats praktijk : Huisartsenpraktijk De Valom (Valom 19, 9247 AV Ureterp)

Datum : _____

Plaats : _____

Handtekening : _____