**Toestemmingsformulier 16 jaar en ouder**

***Uw gegevens:***

|  |
| --- |
| Naam:  |
| Geboortedatum: |
| Datum: | Handtekening: |
| * Ja, ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders (apotheek, medisch specialist in ziekenhuis en andere huisartsen).
 |
| * Nee, ik ganiet akkoord.
 |

**U kunt dit formulier opsturen of afgeven op de huisartsenpraktijk Randwijck.**