**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.**