

Toestemmingsverklaring betreffende het opvragen en delen van informatie

Ondergetekende

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode + woonplaats:

BSN:

Verklaart hierbij dat hij/zij toestemming verleent aan Zinzia Zorggroep om (medische) informatie op te vragen bij en/of te delen met huisarts en/of medisch specialist, bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), apotheken en andere zorginstellingen. Dit in het belang van het organiseren of bieden van passende zorg- en dienstverlening gedurende de periode dat Zinzia Zorggroep voor hem/haar optreedt als dossierhouder, regiehouder, behandelaar en/of zorgverlener.

Datum:

Handtekening:

Indien bovenstaande persoon niet zelf kan ondertekenen dan verzoeken wij dit formulier door diens wettelijk vertegenwoordiger te laten ondertekenen.

Naam vertegenwoordiger:

Relatie tot betrokkene:

Datum:

Handtekening: