



MACHTIGING UITWISSELEN MEDISCHE GEGEVENS

Hierbij machtig ik,

Naam

Adres

Postcode en woonplaats

Geboortedatum

BSNnr

Mevrouw. J. Blommers, arts voor algemene gezondheidszorg en homeopathie,
praktijkhoudend op de Leonardo da Vincistraat 15, 3822 EH te Amersfoort
tel.nr 033-4550945

fax 033-4551603

Email: info@blommerspraktijk.nl

Om in het kader van mijn behandeling en gedurende de looptijd van mijn
behandeling bij haar door haar mijn medische gegevens op te vragen bij

Mijn huisarts:

Naam

Adres

Postcode en Woonplaats

Telefoonnummer

En/of bij ondergenoemde behandelend arts:

Naam

Functie

Adres

Postcode en Woonplaats

Telefoonnummer

Datum en handtekening: