

Machtiging uitwisseling bijzondere gegevens betreffende de gezondheid

Ondergetekende,

Naam:

Adres:

Postcode & Woonplaats: Westerveld

1. Machtigt de behandelend medewerker van het Sociaal Team of diens vervanger de door hem/haar verstrekte gegevens betreffende de gezondheid die noodzakelijk zijn in het kader van de (specialistische) hulpverlening uit te wisselen met

.....
.....

Naam hulpverlener:

Datum, handtekening cliënt,