

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,