

## Toestemmingsformulier voor het verstrekken van hulpmiddelen (diabetes materiaal, incontinentiemateriaal, verbandmiddelen, drinkvoeding)

Ik verleen hierbij toestemming voor het uitwisselen van mijn persoonsgegevens (NAW, BSN, verzekeringsnummer) en gebruikshistorie van hulpmiddelen.

### Mijn gegevens:

Naam : \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_

Postcode : \_\_\_\_\_

Woonplaats : \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_\_

Telefoonnummer : \_\_\_\_\_

BSN (Sofinummer) : \_\_\_\_\_

### Praktijk gegevens:

Naam huisarts : F. Stijntjes en I.B.C. Mantel-Hendriks

Praktijk : De Oener Huisartsenpraktijk, Dorpsstraat 14, 8167 NL Oene

Datum : \_\_\_\_\_

Plaats : \_\_\_\_\_

Handtekening : \_\_\_\_\_

Wilt u dit formulier ingevuld retourneren aan onze praktijk?

E-mailen kan ook: [apotheek@oenerhuisartsen.nl](mailto:apotheek@oenerhuisartsen.nl)