**Contactpersoon verklaring**

Hierbij geef ik

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Toestemming aan

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Voor welke zaken geef ik toestemming? (graag aankruisen)

* Het uitwisselen van medische gegevens, bijv. bellen voor uitslagen
* Afspraken maken bij een arts, assistente of POH
* Vragen stellen over mijn medische situatie
* Medicatie bestellen en/of ophalen bij de apotheek

Datum: Handtekening: