

**Toestemmingsverklaring informatie-uitwisseling**

[Naam] ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

[Geboortedatum verzekerde] …………………………………………………………………………………………………………

[Verzekerdennummer] ……………………………………………………………………………………………………………………

[BSN] ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

geeft toestemming aan zorgaanbieder/regiebehandelaar:

[Naam zorgaanbieder] Andrea Ruissen

[AGB-code zorgaanbieder] 03102741

[Naam praktijk] Amedea

[AGB-code praktijk] 03037970

om informatie op te vragen bij:

[Naam behandelaar] ………………………………………………………………………………………………………………………

[Instelling] ………………………………………………………………………………………………………………………………………

[Adres] …………………………………………………………………………………………………………………………………………

[Betreffende ] …………………………………………………………………………………………………………………………………

PLAATS: ………………………………………… DATUM: ……………………………………………

……………………………………………………… ………………………………………………………

Handtekening patiënt Handtekening regiebehandelaar