

Toestemmingsregistratie voor het delen van medische gegevens via het zorgverlenersportaal van het Deventer Ziekenhuis

Formulier na ondertekening inscannen en mailen naar <mailto:patientinschrijving@dz.nl>

Naam

dhr./mw

BSN

Geeft het Deventer Ziekenhuis wel / geen* toestemming voor het delen van het medisch dossier met huisarts, apotheek en specialist in ander ziekenhuis wanneer u daar voor behandeling bent.

datum

Handtekening

Indien toestemming door gemachtigde: Naam

dhr./mw*

telefoonnummer

datum

Handtekening

* Doorhalen wat niet van toepassing is.