

TOESTEMMINGSFORMULIER

Gegevens cliënt

Achternaam:

Voornaam:.....

Geboortedatum:

Wettelijke vertegenwoordiger(indien van toepassing*):.....

Ik geef tandartsenpraktijk van Wely toestemming om gegevens over mij en mijn gezondheid te verwerken in het kader van de te verlenen mondzorg.

Deze toestemming omvat mede:

- I. het verwerken van persoonsgegevens aanwezig in mijn patiëntendossier;
- II. het verstrekken van mijn persoonsgegevens aan derden in het kader van de verwerking van declaraties;
- III. het verstrekken van mijn persoonsgegevens aan andere zorgaanbieders, voor zover dit nodig is in het kader van mijn behandeling.
- IV. het verstrekken van informatie aan mij of mijn wettelijke vertegenwoordiger via e-mail dan wel SMS ter herinnering aan mijn geplande afspraakdatum en -tijd (let wel: dit is een extra service, hier zijn geen rechten aan te ontlenu).

**voor kinderen tot 16 jaar geldt dat de wettelijke vertegenwoordiger (mede) toestemming dient te verlenen.*

Plaats:.....

Handtekening

Datum.....

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger
(indien van toepassing)

