**Toestemmingsverklaring**

Aan: Dr. H. Tan-Koning

Hierbij geef ik, …................................................................, geboren.............................................., toestemming om te allen tijde mijn medische gegevens en/of medische toestand te bespreken met onderstaande personen. Onderstaande personen krijgen ook toestemming om mijn medicatie af te halen in de apotheek.

Naam:

Straat:

Postcode en woonplaats:

Tel.nr. en mailadres:

Plaats en datum:

Handtekening:

Persoonsgegevens van 1e gemachtigde persoon:

Naam:

Adres:

Postcode en woonplaats

Tel.nr. en mailadres:

Relatie tot volmachtgever:

Persoonsgegevens van 2e gemachtigde persoon:

Naam:

Adres:

Postcode en woonplaats

Tel.nr. en mailadres:

Relatie tot volmachtgever: