

# PSYCHIATRIE- & PSYCHOTHERAPIEPRAKTIJK DRS. CON

Formulier toestemming/machtiging medische informatie-uitwisseling

Ondergetekende geeft hierbij drs. D.G. Con, psychiater, toestemming voor noodzakelijke medische informatie-uitwisseling (i.e. verstrekken en/of inwinnen van medische informatie) in het kader van diagnostiek, behandeling, verwijzing, advies, consultatie of in verband met medisch noodzakelijk overleg inzake diagnostiek en behandeling. Een afschrift van dit ondertekende formulier zal toegevoegd worden aan het medisch dossier.

Ondergetekende geeft hierbij toestemming voor medische informatie-uitwisseling met:  
*(aankruisen wat van toepassing is en volledige naam invullen)*

- huisarts \_\_\_\_\_
- psycholoog \_\_\_\_\_
- psychotherapeut \_\_\_\_\_
- medisch-specialist \_\_\_\_\_
- GGZ-instelling \_\_\_\_\_
- ziekenhuis \_\_\_\_\_
- bedrijfsarts \_\_\_\_\_
- verzekeringsarts \_\_\_\_\_
- anders: \_\_\_\_\_

Naam:

Geboortedatum:

Datum:

Handtekening:

*Dit formulier s.v.p. uitprinten, invullen en meenemen naar de eerste afspraak.  
Vul altijd de naam van de huisarts/verwijzer in.*