

Maatschap Krimpenfort Tandheelkunde en implantologie

J.C.H. Krimpenfort, tandarts en implantoloog
Sumatralaan 19
1217 GP Hilversum

tel.: 035-6246650 *

E-mail: info@maatschapkrimpenfort.nl
www.maatschapkrimpenfort.nl



Toestemmingsformulier

Gegevens klant:

De heer/mevrouw:

Geboortedatum:

BSN:

Wettelijk vertegenwoordiger (indien van toepassing*):

Ik geef tandartsenpraktijk Maatschap Krimpenfort, gevestigd Sumatralaan 19, 1217 GP Hilversum, toestemming om gegevens over mij en mijn gezondheid te verwerken in het kader van de te verlenen mondzorg. Deze toestemming omvat mede het:

- I. het verwerken van persoonsgegevens aanwezig in mijn **patiëntendossier**;
- II. verstrekken van mijn persoonsgegevens aan derden in het kader van de verwerking van **declaraties**;
- III. verstrekken van mijn persoonsgegevens aan **andere zorgaanbieders**, voor zover dit nodig is in het kader van mijn behandeling. (verwijzing)

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

Plaats.....

Datum.....

Handtekening

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger
(indien van toepassing)

.....
.

.....
.