**Volmacht voor het afhalen van medische documenten**

**Ik**, ……………………………………………………………………. …………………..(voornaam en naam patiënt)

**verklaar hierbij dat ik de volgende persoon volmacht verleen om mijn medische gegevens met betrekking tot ……………………………………………………………………….. op te halen op ……………………………………… (datum) op dienst ………………………………………… van het Jessa Ziekenhuis.**

**Identiteitsgegevens van de patiënt**

NAAM ………………………………………………………………………..

VOORNAAM ………………………………………………………………………..

ADRES ………………………………………………………………………..

TELNR ………………………………………………………………………..

GEBOORTEDATUM ………………………………………………………………………..

**Identiteitsgegevens van de persoon die de medische gegevens zal afhalen**

NAAM ………………………………………………………………………..

VOORNAAM ………………………………………………………………………..

ADRES ………………………………………………………………………..

TELNR ………………………………………………………………………..

GEBOORTEDATUM ………………………………………………………………………..

***Handtekening persoon die de medische gegevens zal afhalen***

Opgemaakt te………………………………………..

Datum ………………………………………………

***Handtekening patiënt***

Opgemaakt te………………………………………..

Datum ………………………………………………

**Informatie**  : Dit document betreft een eenmalige volmacht die zal vervallen na het afhalen van de bovenvermelde medische documenten. De persoon die volmacht krijgt voor het eenmalig afhalen van de medische gegevens verkrijgt geen andere rechten.