

TOESTEMMINGSVERKLARING

Overdracht verklaring dieetpreparaten

Hierbij geeft ondergetekende toestemming voor het opvragen van zijn/haar

medische gegevens bij: **Sorgente** **Onemed** **Eurocept** (Aanvinken wat van toepassing is)

PATIENT

Naam : _____

BSN-nummer : _____

Geboortedatum : _____

Adres : _____

Postcode en plaats : _____

BEHANDELAAR

Naam : _____

Organisatie : _____

Adres : _____

Postcode en plaats : _____

Ja, ik geef hierbij toestemming voor de overdracht van mijn verklaring dieetpreparaten.

De ZN-verklaring/ verklaring dieetpreparaten zal door mijn huidige leverancier per aangetekende post of via zorgmail worden toegezonden.

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening:

U kunt het ingevulde formulier sturen naar:

Mediq Tefa, Antwoordnummer 4730, 3500 SJ Utrecht. Een postzegel is niet nodig.