

Toestemmingsformulier

voor het verwerken van persoonsgegevens

Voor- en achternaam:

Geboortedatum:

Begeleid(st)er (indien van toepassing):

JA

Ik geef Tandprothetische Praktijk Zembowicz BV toestemming om gegevens over mij en mijn gezondheid te verwerken in het kader van de te verlenen zorg, in het bijzonder:

- het verwerken van persoonsgegevens in mijn dossier;
- het verwerken van persoonsgegevens in het kader van de zorgrelatie;
- het verstrekken van mijn persoonsgegevens aan derden in het kader van de verwerking van declaraties;
- het verstrekken van mijn persoonsgegevens aan andere zorgaanbieders, voor zover dit nodig is in het kader van mijn behandeling.

Plaats.....

Datum.....

Handtekening

Handtekening begeleid(st)er
(indien van toepassing)

.....

.....