

Huisartsenpraktijk Wienehof  
locatie Venray: de Wienehof 1, 5802EZ Venray  
locatie Ysselsteyn: Litsenbergweg 20a, 5813CG Ysselsteyn  
tel 0478-541777/ 0478-582200  
email: [wienhof@cohesie.org](mailto:wienhof@cohesie.org)  
[www.huisartsenwienhof.nl](http://www.huisartsenwienhof.nl)



## AVG Formulier

Datum: .....-.....-.....

### Gegevens Patiënt

Naam patiënt: Dhr/Mw/ anders .....

Geboortedatum: .....

Adres : .....

Postcode: .....

Woonplaats: .....

Telefoonnummer: .....

### Gegevens gemachtigde persoon:

Naam: Dhr/Mw/ anders .....

Relatie tot patiënt: .....

Telefoonnummer: .....

Email adres: .....

Geachte heer/mevrouw,

Bovengenoemde patiënt geeft toestemming aan de gemachtigde persoon dat hij/ zij medische gegevens en correspondentie mag opvragen en in ontvangst nemen.

Ja, ik geef eenmalig toestemming voor de afspraak op datum: .....-.....-.....

Ja, ik geef tot nader order toestemming.

Handtekening patiënt:

Handtekening gemachtigde:

**Patiënten tot 12 jaar, ouders hebben geen toestemming nodig**

**Patiënten vanaf 12 jaar, ouders hebben toestemming nodig van kind**

**Patiënten vanaf 16 jaar beslissen zelf over hun medisch beleid, er is toestemming nodig van de patiënt voor overleg met ouders.**