

TOESTEMMINGSFORMULIER patiëntgegevens

Mond en Balans
Br. Ingenhoeslaan 186
2273 KV Voorburg
06-24913650
info@mondenbalans.nl
www.mondenbalans.nl

Voorburg, _____ *

Toestemmingsverklaring voor het beheer en overdracht van mijn patiënt/behandelgegevens.

Ik geef toestemming aan Mond en Balans, D.S. van Rossen, om gegevens van mij en mijn gezondheid te verwerken in het kader van de te verlenen mondzorg.

Deze toestemming omvat mede:

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

De patiëntgegevens bestaan uit:

- 1: Gegevens NAW (naam adres woonplaats)
- 2: Geboortedatum
- 3: BSN
- 4: Behandelhistorie
- 5: Eventueel gemaakte parodontiumstatus(sen)
- 6: Eventueel aanwezige laboratorium uitslagen

Voor akkoord, handtekening cliënt:

Cliëntgegevens:

NAAM STICKER van PRAKTIJK

*datum invullen aub