

**MACHTINGSFORMULIER**

Voor het verstrekken van informatie aan het Kennis- en Zorgcentrum voor genderdysforie  
in het Amsterdam UMC, locatie VUmc

Naam patiënt:.....

Geboortedatum:.....

Wonende te: .....

Geeft hierbij toestemming aan:

\*Gegevens invullen van behandelaar elders

Naam behandelaar:.....

Verbonden aan: .....

Adres + plaats:.....

Telefoonnummer:.....

E-mailadres:.....

Om het Genderteam VUmc, nadere inlichtingen te verstrekken ten behoeve van de  
mogelijke behandeling aldaar.

Handtekening patiënt: \_\_\_\_\_