

**Toestemming delen medische gegevens**

Patiënt voor- en achternaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Hierbij verleen ik toestemming om medische gegevens uit mijn patiëntendossier in het Amsterdam UMC te verstrekken aan mijn behandelend specialist.

Handtekening patiënt/ouders: