



Verklaring van Bezwaar

Hierbij verklaart

Naam patiënt:

Adres:

Woonplaats:

Geboortedatum:

Naam huisarts:

geen toestemming te verlenen of deze in te trekken voor het gebruik van zijn/haar zorggegevens door het Academisch Huisartsennetwerk AMC

Datum:

Handtekening*:

NB: Deze verklaring s.v.p. volledig invullen, ondertekenen en retourneren aan uw huisarts

*Indien van toepassing:

- Voor een kind jonger dan 12 jaar zijn de handtekening(en) van de beide ouder(s) of voogd noodzakelijk
- Voor een kind tussen de 12 en 18 jaar zijn de handtekening(en) van het kind en de beide ouder(s) of voogd noodzakelijk
- Voor een wilsonbekwame patiënt ouder dan 18 jaar is de handtekening van de wettelijk vertegenwoordiger, partner, levensgezel of ouder(s) noodzakelijk