



Zorgcentrum Akram

van Ostadestraat 200
2526 GJ Den Haag

Tel: 070 388 52 31
Fax: 070 445 02 58

www.dokterakram.nl
info@dokterakram.nl

Machtigingsformulier opvragen en/of ophalen medische gegevens en/of bestellen van herhaalmedicatie

-graag helemaal invullen-

Hierbij verklaar ik (volmachtgever):

Achternaam en voorletters:

Meisjesnaam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoon:

E-mailadres:

Dat onderstaande gevolmachtigde persoon (personen) met mijn uitdrukkelijke toestemming mogen bellen voor uitsluitend het: *(s.v.p. aankruisen wat van toepassing is)*

- Inplannen van afspraken
- Bestellen herhaalmedicatie
- Opvragen onderzoeksuitslagen
- Ophalen verwijfsbrief
- Ophalen lab. formulier

Ondertekening patiënt/volmachtgever:

Plaats:

Datum:

Handtekening:



Zorgcentrum Akram

van Ostadestraat 200
2526 GJ Den Haag

Tel: 070 388 52 31
Fax: 070 445 02 58

www.dokterakram.nl
info@dokterakram.nl

Gegevens gevolmachtigde:

Naam gevolmachtigde:

Relatie tot patiënt:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoon:

E-mailadres:

Ondertekening gevolmachtigde:

Plaats:

Datum:

Handtekening:

Wij vragen u het machtigingsformulier af te geven bij de praktijk en uw legitimatiebewijs mee te nemen zodat wij uw identiteit kunnen verifiëren.

In te vullen door praktijk:

ID gecheckt

Paraaf DA: