

Toestemming voor het opvragen van medische gegevens

Geachte heer/mevrouw,

Met het invullen en ondertekenen van dit formulier geeft u toestemming voor het opvragen van uw medische gegevens.

Dhr./mevr:

Geboortedatum:

Datum:

Handtekening voor akkoord:

Dit formulier kunt opsturen of faxen naar:

Academisch ziekenhuis Maastricht
Postbus 5800
6202 AZ Maastricht
Fax: 043-3872190

Voor vragen of opmerkingen kunt u mailen: poli.oncologiecentrum@mumc.nl
of bellen: 043-3876400