

Toestemmingsverklaring



Contactpartijen

Naam
Adres / Postcode / Plaats
Telefoonnummer en e-mailadres
Kvk-nummer
NZa-code / AGB-code

1. Gegevens Zorgaanbieder
Terphoeve B.V.
Westerterpweg 26 /1774 NL / Slootdorp
085 0433255 / info@terphoeve.nl
78123577
300-3565 / 4242919

Hierna aangeduid als "wij" of "ons".

2. Gegevens bewoner (cliënt)

Naam Tussenvoegsels (bijvoorbeeld: de, van, van der, etc.)

Achternaam en tussenvoegsels | _____

Voorna(a)m(en) voluit | _____

Geboortedatum

Dag	Maand	Jaar

Burgerservicenummer | | | | | | | | | |

Hierna aangeduid als "u".

U verleent toestemming aan ons om in het belang van de hulpverlening informatie op te vragen bij de (huis)arts, apotheek, Geriant of bij andere hulpverleners of instellingen. Het doel van de informatieverstrekking is de contuering van de zorg aan u.

3. Ondertekening

Plaats en datum

Plaats	Dag	Maand	Jaar

| _____
Naam en handtekening
bewoner (cliënt)