

# Toestemmingsverklaring



## Contactpartijen

Naam **1. Gegevens Zorgaanbieder**  
Adres / Postcode / Plaats **Terphoeve B.V.**  
Telefoonnummer en e-mailadres **Westerterpweg 26 /1774 NL / Slootdorp**  
**085 0433255 / [info@terphoeve.nl](mailto:info@terphoeve.nl)**  
Kvk-nummer **78123577**  
NZa-code / AGB-code **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. 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)