

Machtigingsformulier overdracht medisch dossier

De bescherming en beveiliging van uw medisch dossier is voor ACTA belangrijk. Voor de overdracht van uw dossier vragen wij u daarom om schriftelijk toestemming te geven. Uw dossier bestaat uit persoonsgegevens, een overzicht van verrichtingen, röntgenfoto's en mondfoto's. Deze machtiging slaan wij op in uw dossier.

Wie ondertekenen de machtiging?

Kinderen tot 12 jaar: beide ouders (gezagsdragers)

Kinderen van 12 t/m 15 jaar: beide ouders (gezagsdragers) en het kind

Vanaf 16 jaar: cliënt, indien deze wilsbekwaam worden geacht

De machtiging

Ondergetekende,

Achternaam:
Voornaam:
Straat:
Postcode:
Woonplaats:
Geboortedatum:
Telefoonnummer:
Plaats ondertekening:
Datum ondertekening:
Handtekening:
Ik wil onder behandeling blijven bij ACTA: Ja Nee *

Achternaam:
Voornaam:
Straat:
Postcode:
Woonplaats:
Geboortedatum:
Telefoonnummer:
Plaats ondertekening:
Datum ondertekening:
Handtekening:
Ik wil onder behandeling blijven bij ACTA: Ja Nee *

Achternaam:
Voornaam:
Straat:
Postcode:
Woonplaats:
Geboortedatum:
Telefoonnummer:
Plaats ondertekening:
Datum ondertekening:
Handtekening:
Ik wil onder behandeling blijven bij ACTA: Ja Nee *

Achternaam:
Voornaam:
Straat:
Postcode:
Woonplaats:
Geboortedatum:
Telefoonnummer:
Plaats ondertekening:
Datum ondertekening:
Handtekening:
Ik wil onder behandeling blijven bij ACTA: Ja Nee *

machtigt het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA), aan de Gustav Mahlerlaan 3004 te Amsterdam, zijn/haar dossier over te dragen aan:

Naam (praktijk):
Adres:
Plaats:
Telefoonnummer:
E-mail:

* Doorstrepen wat niet van toepassing is