

Ons referentienummer:
Ten behoeve van:

Toestemmingsverklaring voor het opvragen van medische gegevens

Ik geef toestemming aan ondergenoemde artsen om de medische gegevens en (indien van toepassing) eventueel opgeslagen lichaamsmateriaal voor het erfelijkheidsonderzoek door te sturen naar de arts van de afdeling Klinische Genetica van het Erasmus MC te Rotterdam.

van mijzelf *

of

van * (indien ondergetekende ouder of wettelijke vertegenwoordiger is):

Familienaam.....Voorletters.....

Geboortedatum.....man/vrouw

BSN.....(indien bekend)

van * overleden familielid:

Familienaam.....Voorletters.....

Geboortedatum.....man/vrouw

Datum overlijden.....

BSN.....(indien bekend)

(* aankruisen wat van toepassing is)

Medische voorgeschiedenis:

Onderzocht / behandeld door:

1) Naam artsFunctie.....Jaar.....
Ziekenhuis.....Plaats.....

2) Naam artsFunctie.....Jaar.....
Ziekenhuis.....Plaats.....

3) Naam artsFunctie.....Jaar.....
Ziekenhuis.....Plaats.....

4) Naam artsFunctie.....Jaar.....
Ziekenhuis.....Plaats.....

Gegevens ondergetekende:

De heer/mevrouw.....Geboortedatum.....

Adres.....

Postcode.....Woonplaats.....

Datum:.....Plaats:.....Handtekening.....

Met het ondertekenen van dit formulier geeft u tevens toestemming dat de aangekruiste persoon wordt opgenomen in ons patiëntenregistratiesysteem.

Toestemmingsformulier retourneren in bijgevoegde retourenveloppe (postzegel niet nodig) of opsturen naar:

Arts Klinische Genetica

Erasmus MC, afdeling Klinische Genetica, Secretariaat Ee2018, Antwoordnummer 55, 3000 WB Rotterdam