



Toestemmingsformulier

Ik: _____,

Geboren op: __ - __ - ____

Te: _____

Geef hierbij uitdrukkelijk toestemming aan de verwerkingsverantwoordelijke, namelijk:

(Bedrijfs-)Naam: Ad Minheere, eigenaar **Thuis in de praktijk**
Adres: Dolstbeemden 1, 5706 NN HELMOND
Telefoon: 06 - 44 23 11 34

Voor het verwerken van mijn medische gegevens en persoonsgegevens over mijn gezondheid met als doelstelling het verlenen van zorg, verkrijgen van begeleiding en/of behandeling.

Deze toestemming mag ik op elk moment weer intrekken. De verwerkingsverantwoordelijke moet dan onmiddellijk stoppen met het verwerken van bovenstaande persoonsgegevens.

Plaats: _____

Datum: __ - __ - ____

Handtekening: _____

Hierbij trek ik de hierboven verleende toestemming weer tot verwerking van mijn medische gegevens en persoonsgegevens over mijn gezondheid weer in.

De verwerkingsverantwoordelijke moet onmiddellijk stoppen met het verwerken van deze gegevens.

Naam: _____

Plaats: _____

Datum: __ - __ - ____

Handtekening: _____