

Bijlage bij aanmelding

# Uw machtiging.

(s.v.p. volledig invullen)

## Toestemming voor het uitwisselen van medische gegevens

Door het ondertekenen van deze machtiging geeft u toestemming om uw medische gegevens uit te wisselen. Dat betekent dat:

- 1 de behandelaars, zoals hieronder genoemd, medische gegevens mogen verstrekken aan Expertisecentrum Euthanasie, en
- 2 Expertisecentrum Euthanasie medische informatie mag verstrekken aan de behandelaars.

Hierbij machtig ik, de hulpvrager:

Voorletters en naam: \_\_\_\_\_ M / V

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

BSN nummer: \_\_\_\_\_

**Expertisecentrum Euthanasie**, om in het kader van mijn aanmelding, gedurende het gehele traject bij Expertisecentrum Euthanasie, mijn medische gegevens uit te wisselen met:

### Mijn behandelend arts

Hiermee bedoelen we uw huisarts/specialist ouderengeneeskunde/instellingsarts (doorhalen wat niet van toepassing is):

Voorletters en naam: \_\_\_\_\_ M / V

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Faxnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

**LET OP: alleen indien u bent opgenomen in een zorginstelling: Mijn voormalig huisarts**  
(mijn huisarts vóór ik werd opgenomen in de zorginstelling waar ik verblijf):

Voorletters en naam: \_\_\_\_\_ M / V

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Faxnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

**Medisch specialist**

Psycholoog/psychiater (doorhalen wat niet van toepassing is):

Voorletters en naam: \_\_\_\_\_ M / V

Specialisme: \_\_\_\_\_ Organisatie: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Faxnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

**Medisch specialist**

Voorletters en naam: \_\_\_\_\_ M / V

Specialisme: \_\_\_\_\_ Organisatie: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Faxnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

**Medisch specialist**

Voorletters en naam: \_\_\_\_\_ M / V

Specialisme: \_\_\_\_\_ Organisatie: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Faxnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

**Ondertekening**

(door de hulpvrager):

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_