



VERKLARING TOESTEMMING GEGEVENSVERSTREKKING AAN HUISARTS

Hierbij geven de ouders/verzorgers van

Naam _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

BSN _____

en **Orthopedagogisch bureau Marijke Wiertsema**

Naam _____

Adres Badweg 7, 3312 AB Dordrecht
AGB-code praktijk 94063356

AGB-code zorgaanbieder 94004285
toestemming aan orthopedagogisch bureau Marijke Wiertsema
voor het opvragen* en/of verstrekken* van informatie aan de huisarts

Naam huisarts: _____

Plaats: _____

Datum: _____

Naam en handtekening beide ouders/verzorgers

Naam

Handtekening

1 _____

2 _____

(*doorhalen wat niet van belang is)