



**Machtiging tot verstrekking
medische gegevens/opvragen medisch dossier**

Ondergetekende geeft toestemming voor het verstrekken van medische gegevens van cliënt:

Naam cliënt :

Straat/huisnummer :

Postcode/Woonplaats :

BSN :

Geboortedatum :

Naam zorginstelling : Zorgcentra Meerlanden in samenwerking met Novicare.

Verklaart hierbij geen bezwaar te hebben tegen het verstrekken van medische gegevens in het kader van het in deze machtiging hieronder omschreven doel en machtigt hiertoe de behandelend specialist ouderengeneeskunde en indien betrokken de psycholoog.

De medische gegevens zullen alleen het doel dienen om een juiste beoordeling te maken bij opname en verder verblijf van de cliënt bij Zorgcentra Meerlanden.

De medische gegevens zullen het startpunt van de behandeling door de specialist ouderengeneeskunde en, indien betrokken, de psycholoog zijn. De medische gegevens zullen conform de wettelijke eisen bewaard worden.

Datum :

Naam cliënt/wettelijk vertegenwoordiger :

Handtekening :

Europaplein 2
Gebouw 21, ruimte 2.01
5684 ZC Best

T
F 088 2044 001
E clienadministratie@novicare.nl