**POLIKLINIEK PLASTISCHE CHIRURGIE UDEN**

**T: 0413-401974**

**F: 0413-401433**

Toestemming tot het vragen van informatie

Ondergetekende :

Geboren :

Wonende te :

Geeft :

Zijnde zijn/haar huidige behandelend arts hierbij toestemming om alle voor de behandeling noodzakelijke gegevens op te vragen bij:

Naam specialist :

Specialisme :

Ziekenhuis :

Plaats :

Handtekening:

Opmerking: bij een leeftijd van minder dan 16 jaar dient een van de ouders / verzorgers mede te ondertekenen:

Naam ouder/verzorger :

Handtekening :

Stuurt u een kopie van uw ID bewijs/paspoort mee!