



West-Brabant

Verklaring

Ondergetekende

Naam en voorletters :

Geboortedatum :

Adres :

Postcode en woonplaats :

- Verklaart hierbij er geen bezwaar tegen te hebben, dat de GGD-arts inlichtingen opvraagt over zijn/haar gezondheid bij zijn/haar huisarts of behandelend specialist in verband met advisering aan de gemeente in het kader van een aanvraag medische advisering/ arbeidsgeschiktheidsbeoordeling.
- Evenmin heeft hij/zij er bezwaar tegen dat deze behandelaar de betreffende inlichtingen ook feitelijk verstrekt.

Datum:

Handtekening:

Naam huisarts :

Woonplaats :

Telefoonnummer :

Naam specialist :

Instelling :

Naam specialist :

Instelling :