Patiënt …

BSN …

Adres …

 …

Geboortedatum …

Geslacht …

Geeft hierbij toestemming deel te nemen aan het medisch- wetenschappelijk onderzoek van Zorginstituut Nederland omtrent de effecten en kosten van paramedische herstelzorg na COVID-19.
U geeft toestemming om gegevens over uw gezondheid en behandeling te delen met de onderzoekers.

Ik ben me ervan bewust dat zonder deze toestemming de paramedische herstelzorg niet wordt vergoed.

Datum:

Handtekening: