**Toestemmingsformulier Tropaz toegang voor mantelzorger :**

Naam patient: …………………………………………………………………………………………………………

Geboorte datum:……………………………………………………………………………………………………

Patientnummer:………………………………………………………………………………………………………

Handtekening patient: : …………………………………………………………………………………………………

Ik ga akkoord dat :

Naam mantelzorger:………………………………………………………………………………………

E-mailadres:……………………………………………………………………………………………………

De trombosedienst Star-Shl en Dirksland inloggegevens van Tropaz verstrekt, zodat de mantelzorger toegang krijgt tot inzage van mijn doseerkalender.

Gaarne retour zenden( postzegel is niet nodig) :

Trombosedienst Star-shl

Antwoordnummer 90110

3009VB Rotterdam