



**CONSENT FORM / TOESTEMMINGSFORMULIER\*\***

**Student declaration**

I hereby declare that I give my GP permission to disclose the information stated below, concerning my current medical condition.

Name:

Date:

Place:

Signature:

\_\_\_\_\_

**Doctor declaration** (please fill out either the English or Dutch version)

I hereby declare that this student has consulted me on: [Date] \_\_\_\_\_

Information concerning this student's current medical state:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name:

Date:

Place:

Signature:

\_\_\_\_\_

**Verklaring arts** (graag de Nederlandse of Engelse versie invullen)

Hierbij verklaar ik dat deze student mij heeft geconsulteerd op: [Datum] \_\_\_\_\_

Informatie betreffende de huidige medische toestand van deze student:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Naam:

Datum:

Plaats:

Handtekening:

\_\_\_\_\_

\* De KNMG adviseert behandelend artsen om geen geneeskundige verklaringen af te geven over eigen patiënten. Wel mag een behandelend arts, met toestemming van de patiënt, feitelijke medische informatie verstrekken. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/geneeskundige-verklaring.htm>

\* CONFIDENTIALITY NOTE: The contents of this consent form and any attachments are treated strictly confidential and will be used only for the Board of Examiners' assessment of the request(s), as indicated by the student.