

Machtiging verstrekking/inzage van medische gegevens

Leesbare kopie legitimatie (paspoort, identiteitskaart of rijbewijs) meesturen.

Gegevens patiënt:

Ondergetekende :
Naam :
Geboortedatum :
Adres :
Postcode :
Woonplaats :
Tel.nr. :

- Wil graag inzage in/afschrift van de hieronder aangegeven medische gegevens *
Of
 Verklaart hierbij toestemming te verlenen aan:

Naam: :
Adres: :
Tel.nr. :

Om zijn/haar medische gegevens in te zien/afschrift te ontvangen van hieronder aangegeven medische gegevens (**doorhalen wat niet van toepassing is**).

Gewenste medische gegevens:

- Klinisch dossier:
Welke opnameperiode betreft het:
- Poliklinisch dossier(s)
Van het specialisme:
- Naam behandelaar:
- Welke periode betreft het?:
- Röntgenfoto('s) betreffende:
- Anders, nl:

Datum: Handtekening:.....

Deze machtiging is 3 maanden geldig na dagtekening en ondertekening en wordt bewaard bij uw aanvraag.