

Machtigingsformulier

Gegevens patiënt:

Voornaam en achternaam : _____
Geboortedatum : [____] [____] [____]
Telefoonnummer : _____
Burgerservicenummer (BSN): : _____

Bovengenoemde patiënt verklaart hierbij toestemming te geven aan:

Naam gemachtigde: : _____
Geboortedatum : [____] [____] [____]
Telefoonnummer : _____
Burgerservicenummer (BSN): : _____

Voor de volgende handelingen:

- ☐ Opvragen kopie medisch dossier
- ☐ Verzoek tot vernietiging (gedeelte) medisch dossier
- ☐ Verzoek tot correctie of aanvulling medisch dossier
- ☐ Verzoek tot opvragen logging gegevens
- ☐ Anders : _____

Plaats en datum _____ Handtekening _____

Plaats en datum _____ Handtekening gemachtigde _____