

MACHTIGING

Persoonlijke gegevens

Patiëntnummer

Voor- en achternaam

Straat en huisnummer

Postcode en plaats

Geboortedatum

Telefoon

Ondergetekende machtigt de hieronder vermelde persoon namens hem/haar te klagen of informatie op te vragen.

Daarvoor dient zowel van de ondergetekende als van de gemachtigde een kopie van een geldig legitimatiebewijs meegestuurd te worden. Na de klachtbehandeling worden deze kopieën vernietigd.

Tevens geeft ondergetekende toestemming

- dat de klachtenfunctionaris inzage heeft in zijn/haar medische gegevens, voor zover dit betrekking heeft op deze klacht.

Gegevens gemachtigde

Voor- en achternaam

Straat en huisnummer

Postcode en plaats

Telefoon

Relatie tot patiënt

Ondertekening

Plaats

Datum

Uw handtekening:

Handtekening gemachtigde: