

Machtigingsformulier

Patiëntgegevens

Man Vrouw

Voorletters en naam

Meisjesnaam

Geboortedatum

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoon

Patiënt nr. (indien bekend)

E-mail adres

Plaats en datum

Registratienummer legitimatiebewijs
(Kopie meesturen)

Handtekening

Bovengenoemde patiënt verklaart hierbij toestemming te verlenen aan:

Gemachtigde Naam

Geboortedatum

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer

E-mail adres

Plaats en datum

Registratienummer legitimatiebewijs
(Kopie meesturen)

Handtekening

voor het aanvragen en/of ophalen van mijn medische gegevens (doorhalen wat niet van toepassing is)

Het ingevulde formulier kunt u samen met het aanvraagformulier en de bijbehorende kopieën sturen naar:

Ikazia Ziekenhuis
t.a.v. Status Archief
Postbus 5009
3008 AA Rotterdam