

Machtigingsformulier voor het aanvragen/ophalen van kopie medisch dossier

Patiëntgegevens (van degene van wie de gegevens worden opgevraagd)

Man Vrouw

Voorletters en naam

Geboortedatum

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer

Patiënt nr. (indien bekend)

E-mail adres

Plaats en datum

Registratienummer legitimatiebewijs

(Kopie meesturen)

Handtekening

Bovengenoemde patiënt verklaart hierbij toestemming te verlenen aan:

Naam Gemachtigde

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. Dossieraanvraag

Postbus 5009

3008 AA Rotterdam