



MACHTIGINGSFORMULIER KOPIE DOSSIER

Ondergetekende

Naam

.....

Geboortedatum

.....

Adres

.....

Postcode / woonplaats

.....

Telefoon

.....

E-mail

.....

Reden aanvraag

.....

Welke gegevens

- Specialisme(n)

.....

- Opnamegegevens¹

.....

- Operatiegegevens²

.....

- Röntgenbeelden

Een CD-Rom wordt bij de afdeling Radiologie, route 375, 1^e etage, verstrekt

- Overig (o.a. foto's)

.....

1. Ondergetekende machtigt het Bureau Patiëntenbelangen van het Catharina Ziekenhuis om het patiëntendossier bij één, meerdere of alle specialismen op te vragen en aan hem/haar te verstrekken.
2. Het Bureau Patiëntenbelangen verstuurt het patiëntendossier standaard via beveiligde e-mail
3. Ondergetekende verzoekt éénmalig om een kopie en hieraan zijn geen kosten verbonden.

Handtekening

.....

Datum

.....

Dit formulier kunt u met een kopie van uw (geldig) legitimatiebewijs sturen naar: Catharina Ziekenhuis, t.a.v. Bureau Patiëntenbelangen, Antwoordnummer 298, 5600 VC Eindhoven postzegel niet nodig). Zonder een kopie van uw legitimatiebewijs kan uw verzoek niet in behandeling worden genomen.

Verificatie legitimatie: Paspoort/Id-kaart/ Rijbewijs geldig tot
(in te vullen door Bureau Patiëntenbelangen)

Tips voor een veilige kopie zijn: Maak op de kopie uw burgerservicenummer onleesbaar; ook in de cijferreeks onderaan en schrijf op de kopie dat het een kopie is of schrijf op de kopie de datum waarop u de kopie afgeeft.

¹ Wij verzoeken u om de periode te vermelden, zodat wij uw aanvraag vlot en correct kunnen verwerken.

² Idem