

Machtiging voor inzien/ wijzigen/ verwijderen medisch dossier

Persoonlijke gegevens patiënt

Achternaam:

Voorletters:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Onderwerp:

De patiënt machtigt de hieronder vermelde persoon om zijn/ haar dossier te:

- Inzien
- wijzigen
- verwijderen

Ondertekening patiënt

Plaats:

Datum:

Handtekening:

Voeg ook een kopie van een identiteitsbewijs van de betrokkene toe (klik [hier](#) voor instructie "maak veilig een kopie").

Persoonlijke gegevens gemachtigde

Achternaam:

Voorletters:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Relatie tot patiënt:

Ondertekening gemachtigde

Plaats:

Datum:

Handtekening:

Voeg ook een kopie van een identiteitsbewijs van de gemachtigde toe.