



## MACHTIGINGSFORMULIER KOPIE DOSSIER

### Ondergetekende

Naam

---

Geboortedatum

---

Adres

---

Postcode / woonplaats

---

Telefoon

---

E-mail

---

Reden aanvraag

---

### **Welke gegevens**

- Specialisme(n)

---

- Operatiegegevens

---

- Overig (o.a. foto's)

---

- Röntgenbeelden

Een CD-Rom wordt bij de afdeling Radiologie, route 375, 1<sup>e</sup> etage, verstrekt

---

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 een beveiligde e-mail.
3. Ondergetekende verzoekt éénmalig om een kopie en hieraan zijn geen kosten verbonden.

Handtekening

---

Datum

---

*Uw aanvraagformulier kunt u samen met een kopie van uw (geldig) legitimatiebewijs sturen naar: Catharina Ziekenhuis, t.a.v. Bureau Patiëntenbelangen, Antwoordnummer 298, 5600 VC Eindhoven (een postzegel is niet nodig) of mailen naar [infopbe@catharinaziekenhuis.nl](mailto:infopbe@catharinaziekenhuis.nl) Zonder een kopie van uw legitimatiebewijs wordt uw verzoek niet in behandeling genomen.*

Verificatie legitimatie:

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