



MACHTIGINGSFORMULIER KOPIE DOSSIER

Ondergetekende

Naam

Geboortedatum

Adres

Postcode / woonplaats

Telefoon

E-mail

IBAN nr.

t.n.v.

Reden aanvraag

Welke gegevens:

- specialisme(n)

- röntgenbeelden

- andere foto's/films

- operatiegegevens

1. Ondergetekende verzoekt om een gedeeltelijke of volledige kopie van het medisch en/of verpleegkundig dossier. Hij/zij machtigt het Bureau Patiëntenbelangen van het Catharina Ziekenhuis om dit bij één, meerdere of alle specialismen op te vragen.
2. Ondergetekende verzoekt (*keuze omcirkelen*)
 Het dossier/de CD Rom per post toe te sturen
 Het dossier/de CD Rom op te halen bij Bureau Patiëntenbelangen
3. Ondergetekende geeft toestemming om het wettelijke tarief van € 5,00 (of bij > 100 pagina's € 22,50) via deze éénmalige machtiging van zijn bankrekeningnummer af te schrijven. De kosten voor een cd zijn eveneens € 5,00.

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). 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)