



MACHTIGINGSFORMULIER KOPIE DOSSIER

Ondergetekende

Naam

Geboortedatum

Adres

Postcode / woonplaats

Telefoon

E-mail

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 kan een kopie van het dossier/de Cd-Rom na het tonen van het legitimatiebewijs persoonlijk bij het Bureau Patiëntenbelangen komen ophalen.
3. Ondergetekende heeft herhaaldelijk om een afschrift van zijn dossier verzocht en geeft via deze éénmalige machtiging toestemming om de kosten hiervan (€ 5,00 per kopie of CD-Rom; € 22,50 bij > 100 pagina's) van zijn IBAN-rekening t.w.....af te schrijven. Een éénmalig verzoek is gratis.

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)