

Machtigingsformulier Klacht

Hierbij geef ik (betrokken patiënt, cliënt):

Naam: _____

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

e-mail: _____

Telefoonnummer: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Toestemming aan:

Naam: _____

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

E-mail: _____

Telefoonnummer: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Relatie tot patiënt/cliënt: _____

Hierna gemachtigde, om namens mij een klacht in te dienen betreffende
(korte omschrijving klacht, datum behandeling, locatie, specialisme):

en namens mij relevante (medische) informatie te ontvangen voor zover deze verband houdt met de behandeling van de klacht.

Ik verleen wel / geen (omcirkelen wat van toepassing is) toestemming aan de klachtenfunctionaris en bij de klacht betrokken zorgmedewerkers, om mijn medisch dossier bij DC Klinieken in te zien voor zover nodig voor het oplossen van de klacht.

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening betrokkene:

Handtekening gemachtigde:
