

## Machtigingsformulier klacht

**Hierbij geef ik (betrokken patiënt, cliënt):**

Achternaam: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

**Toestemming aan:**

Achternaam: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

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:

---