

Machtigingsformulier klacht

Hierbij geef ik (betrokken patiënt):

Achternaam: _____
Voorletters: _____
Geboortedatum: _____

Toestemming aan:

Achternaam: _____
Voorletters: _____
Geboortedatum: _____

Hierna gemachtigde, om namens mij eenmalig een klacht in te dienen en namens mij relevante (medische) informatie te ontvangen voor zover deze verband houdt met de behandeling van de klacht.

Ik verleen **wel / geen** (omcirkel 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 betrokken patiënt:

Handtekening gemachtigde:

Ter verificatie vragen wij u een kopie van een geldig identiteitsbewijs van de patiënt mee te sturen (waarbij BSN en pasfoto mogen worden afgeschermd).