

Aanvraag intrekken machtiging inzage patiëntenportaal mijnVieCuri

Datum aanvraag: _____

Aanvraag intrekken machtiging patiëntenportaal voor andere patiënt			
Gegevens patiënt (degene die toestemming geeft):			
Partnernaam		Geboortenaam	
Voorletters		Geboortedatum	
Straat + huisnr.		Burgerservicnr.	
Postcode		Telefoonnummer	
Woonplaats		Geslacht	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
E-mailadres			
Gegevens gemachtigde:			
Partnernaam		Geboortenaam	
Voorletters		Geboortedatum	
Straat + huisnr.		Burgerservicnr.	
Postcode		Telefoonnummer	
Woonplaats		Geslacht	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
E-mailadres			
Handtekening patiënt			

Mail bij voorkeur het formulier naar cma@viecuri.nl of stuur het per post naar:

VieCuri Medisch Centrum

Afdeling CMA

Postbus 1926

5900 BX Venlo

Vragen?

Mail naar cma@viecuri.nl. Wij proberen u binnen 3 werkdagen een reactie te geven.

Of bel naar **(077) 320 55 44**.

Wij zijn telefonisch bereikbaar van maandag tot en met woensdag van 9:00 tot 12:00 uur.