

Intrekken machtiging inzage patiëntenportaal

Datum aanvraag.....

Intrekken machtiging inzage patiëntenportaal betreffende andere patiënt

Gegevens patiënt (degene die toestemming geeft):

Partnernaam		Geboortenaam	
Voorletters		Geb. datum	
Straat + huisnummer.		Woonplaats	
Postcode		Telefoonnummer	
Burgerservice nummer		Geslacht	☐ man ☐ vrouw
E-mailadres			

Gegevens gemachtigde:

Partnernaam		Geboortenaam	
Voorletters		Geb. datum	
Straat + huisnummer.		Woonplaats	
Postcode			
Burgerservice nummer		Geslacht	☐ man ☐ vrouw
E-mailadres			

Handtekening patiënt

U kunt het formulier bij voorkeur mailen naar cma@viecuri.nl.

Of stuur het per post naar:

VieCuri Medisch Centrum
Afdeling CMA
Postbus 1926
5900 BX Venlo

Vragen?

U kunt ons mailen via cma@viecuri.nl. Wij streven er naar u binnen 3 werkdagen een reactie te geven. Of bel ons via telefoonnummer (077) 320 64 37. Wij zijn telefonisch bereikbaar van maandag tot en met woensdag van 09.00 tot 12.00 uur.