

Aanvraag kopie medische gegevens van een ander

Datum aanvraag:

Aanvraag kopie medische gegevens van een ander

Gegevens patiënt (degene die toestemming geeft):

Partnersnaam		Geboortenaam	
Voorletters		Geboortedatum	
Straat + huisnummer		Woonplaats	
Postcode		Telefoonnummer	
Burgerservicenummer		Geslacht	☐ man ☐ vrouw
E-mailadres			

Machtigt onderstaande gemachtigde voor (aankruisen wat van toepassing is):

☐ Kopie medisch dossier	☐ Kopie verpleegkundig dossier		
--	---	--	--

Gegevens gemachtigde (degene die toestemming krijgt):

Partnersnaam		Geboortenaam	
Voorletters		Geboortedatum	
Straat + huisnummer		Woonplaats	
Postcode		Telefoonnummer	
Burgerservicenummer		Geslacht	☐ man ☐ vrouw
E-mail		Kopie digitaal	☐ JA ☐ NEE

De aanvraag medische gegevens gaat over:

Specialisme / afdeling			
Behandelaar / arts / zorgverlener			
Periode	Van:	Tot:	
Reden van aanvraag (niet verplicht)			
Opmerking:			
Handtekening patiënt:			
Handtekening gemachtigde:			

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

Of stuur dit formulier 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.