



Gelre ziekenhuizen
Centraal Medisch Archief
Postbus 9014
7300 DS Apeldoorn

Machtiging verstrekking/inzage van medische gegevens

Kopie legitimatie (paspoort, identiteitskaart of rijbewijs) meesturen.

Ondergetekende :
Naam :
Geboortedatum :
Adres :
Postcode :
Woonplaats :
Tel. nr. :

Wil graag inzage in/afschrift van hieronder aangegeven medische gegevens *

of

Verklaart hierbij toestemming te verlenen aan:

Naam :
Adres :
Tel. nr. :

Zijn/haar medische gegevens in te zien/afschrift te ontvangen van hieronder aangegeven medische gegevens *

(*doorhalen wat niet van toepassing is)

Gewenste medische gegevens:

Klinisch dossier: correspondentie, operatieverslag, uitslagen. Welke periode betreft het?

.....

Poliklinisch dossier(s) van(naam behandelaar)
.....(naam behandelaar)

.....(naam behandelaar)

Anders, nl:(soort dossier)

Wij vragen een vergoeding voor de gemaakte kosten.

Datum :

Handtekening,

(in te vullen door behandelaar verzoek)
Gezien door:
Soort legitimatie:
Nr. Legitimatie:

Deze machtiging bewaren wij in uw medisch dossier.