**

**Machtiging**

Hierbij machtigt:

…………………………………………………………………(naam patiënt)

…………………………………………………………………(naam ouder / voogd namens patiënt)

…………………………………………………………………(geboortedatum patiënt)

…………………………………………………………………(adres patiënt)

…………………………………………………………………(postcode – woonplaats)

de klachtenfunctionaris van de Regionale Huisartsenpost Drechtsteden te Dordrecht tot het nakijken van haar/zijn/de betreffende consultgegevens en/of het afluisteren van opgenomen telefoongesprekken ten behoeve van de behandeling van de door mij ingediende klacht.

Als u namens de patiënt klaagt ouder dan 16 jaar, wilt u dan onderstaande gegevens invullen.

Ondergetekende machtigt de hieronder vermelde persoon namens hem/haar te klagen.

…………………………………………………………………(naam gemachtigde)

…………………………………………………………………(geboortedatum gemachtigde)

…………………………………………………………………(relatie tot patiënt)

Als u namens een patiënt klaagt, dient u zowel van de patiënt als van uzelf een kopie van een geldig legitimatiebewijs met dit formulier mee te sturen.

 Handtekening Woonplaats en datum

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Regionale Huisartsenpost Drechtsteden  | T 078 – 20 200 43 | KVK 61221015  |
| Post adres: Antoniuslaan 1c  | E meldingen@haprhd.nl  | IBAN NL43ABNA043.04.85.689  |
| 3341 GA Hendrik-Ido-Ambacht |  | www.huisartsenpostdrechtsteden.nl  |