

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

S.v.p. kopie van een geldig identiteitsbewijs(/-bewijzen) bijvoegen.