



Volmacht voor afschrift van een patiëntendossier

(deze gegevens moeten overeenkomen met wat in het online formulier wordt ingevuld)

Plaats en datum: _____

Ondergetekende (naam en voornaam): _____

Geboren op: ____ / ____ / ____

geeft **volmacht** voor afschrift van het patiëntendossier waar dit document voor aanvraag aan wordt toegevoegd, aan:

Mevr. / mr. (naam en voornaam): _____

Geboren op: ____ / ____ / ____

Adres: _____

Deze persoon is:

☐ Vertrouwenspersoon

☐ Arts

☐ Verpleegkundige

☐ Kinesist

☐ Tandarts

☐ Apotheker

☐ Vroedvrouw

☐ Paramedicus

☐ Anders: _____

Indien deze persoon een zorgverlener is, heeft deze recht op inzage in de persoonlijke notities van de arts.

De -persoon dient zich te **legitimieren** met dit formulier, de identiteitskaart en, in geval van een zorgverlener, een attest/diploma/stempel dat zijn of haar beroepsbekwaamheid staakt.

Handtekening: