



Akkoordverklaring beroepsgeheim

Ondergetekende verklaart hierbij de klachtenfunctionaris en de bij een klacht betrokken medewerker, toestemming te verlenen tot inzage in het medisch dossier. Daarnaast ontslaat hij/zij de behandelaren van hun beroepsgeheim, zodat zij de klachtenfunctionaris de informatie kunnen verstrekken die van belang is voor het afhandelen van de klacht.

De toestemming betreft het dossier van de patiënt op wie de klacht betrekking heeft. Daarbij gaat het alleen om dát deel van het dossier dat van belang is om de klacht te kunnen afhandelen.

Met betrekking tot het verlenen van toestemming gelden de volgende wettelijke bepalingen:

- Voor kinderen jonger dan 12 jaar geven de ouder(s) c.q. de wettelijk vertegenwoordiger toestemming.
- Wilsbekwame kinderen tussen de 12 en 16 jaar dienen samen met hun ouder(s) c.q. wettelijk vertegenwoordiger toestemming te verlenen.
- Wilsbekwame kinderen vanaf 16 jaar dienen zelf toestemming te geven.
- Voor wilsonbekwame minderjarigen tot 18 jaar geven de ouder(s) c.q. de wettelijk vertegenwoordiger toestemming.
- Voor wilsonbekwame meerderjarigen geeft de vertegenwoordiger toestemming.

Uw gegevens:	
De heer of mevrouw?	
Voornaam en achternaam:	
Geboortedatum:	
Straatnaam en huisnummer:	
Postcode en plaatsnaam:	
Telefoonnummer:	
E-mailadres:	

Vertegenwoordiger: *

- o ouder(s)
- o partner, ouder, kind, broer, zus
- o wettelijk vertegenwoordiger (indien mentor of curator s.v.p. bewijs meesturen)
- o persoonlijk door de patiënt gemachtigde (machtiging s.v.p. meesturen)
- o anders, namelijk:

--

* s.v.p. aankruisen wat van toepassing is

Gegevens vertegenwoordiger:	
De heer of mevrouw?	
Voornaam en achternaam:	
Geboortedatum:	
Straatnaam en huisnummer:	
Postcode en plaatsnaam:	
Telefoonnummer:	
E-mailadres:	

Handtekening patiënt:

Handtekening vertegenwoordiger:

Datum ondertekening:

Dit formulier s.v.p. ingevuld en getekend retour sturen naar:
Klachtenfunctionaris, Sylvie Canisius
P.O. Box 3035
6202 NA Maastricht