

## Machtiging van de patiënt aan een derde persoon

Dit formulier dient te worden toegevoegd bij een aanvraag afschrift medische informatie indien de patiënt(e) niet zelf de aanvrager is.

Opgemaakt te ..... datum: ..... / ..... / .....

Ik, ondertekende:

### Identiteitsgegevens van de patiënt:

Voornaam: ..... Achternaam: .....

Geboortedatum ..... / ..... / .....

Straat: ..... Nr.: ..... Bus: .....

Plaats: ..... Postcode: .....

Land: .....

GSM / TEL: .....

E-mail: .....

**geef de hieronder vernoemde persoon/instelling de machtiging om een afschrift van mijn dossier op te vragen.**

Handtekening patiënt(e) : .....

### Identiteitsgegevens van de persoon:

Voornaam: ..... Achternaam: .....

Als vertegenwoordiger van de instelling: .....

Geboortedatum ..... / ..... / .....

Straat: ..... Nr.: ..... Bus: .....

Plaats: ..... Postcode: .....

Land: .....

GSM / TEL: .....

E-mail: .....

Ik aanvaard deze machtiging met handtekening: .....

Je kan dit document - [samen met de aanvraag en de kopie van de identiteitskaart](#) – bezorgen aan:

**AZ Rivierenland campus Rumst**

t.a.v. het medisch archief  
's Herenbaan 172  
2840 Rumst

OF

**AZ Rivierenland campus Bornem**

t.a.v. het medisch archief  
Kasteelstraat 23  
2880 Bornem

Het medisch archief zal spoedig contact met je opnemen voor verdere afhandeling van jouw aanvraag.