

Formulier aanvraag overzicht ziekenhuisbezoeken

Patiëntgegevens

Naam patiënt de heer mevrouw
Adres
Postcode/Woonplaats
Geboortedatum
Patiëntnummer
(patiëntenplaatje)
Burgerservicenummer

Ziekenhuisbezoek

Periode overzicht van tot en met
Reden aanvraag maakt u een keuze uit een van de drie onderstaande mogelijkheden:
 voor de zorgverzekeraar voor de Belastingdienst anders, namelijk

Indien u namens de patiënt bevoegd bent, graag hieronder uw gegevens invullen.

Naam de heer mevrouw
Relatie tot de patiënt partner ouder/kind familie gemachtigde anders (voogd, curator, mentor)
Adres
Postcode/Woonplaats
Telefoonnummer

Datum Handtekening patiënt

Handtekening indien u niet
de patiënt zelf bent

Het ingevulde en ondertekende formulier stuurt u met een kopie van een geldig legitimatiebewijs op naar:
academisch ziekenhuis Maastricht
Bureau Patiëntenregistratie
Postbus 5800
6202 AZ Maastricht

Vult u namens de patiënt de gegevens in, stuurt u dan ook een kopie van een geldig legitimatiebewijs van uzelf mee.
Indien u als wettelijk vertegenwoordiger (voogd, curator, mentor) of gemachtigde optreedt, dient u eveneens een schriftelijk bewijs hiervan mee te sturen.

U kunt het formulier en het legitimatiebewijs ook afgeven bij de balie van Bureau Patiëntenregistratie (niveau 1, Poliplein).