



**Omschrijving van de geleden schade/soort schade:**

**Betrokken hulpverlener(s):**

Het academisch ziekenhuis Maastricht UMC+  
Behandelend arts:  
Specialisme:  
Afdeling:

**Datum:**

.....

**ONDERTEKENING (door betrokken patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger):**

.....

**Indien een wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt informatie opvraagt:**

Naam vertegenwoordiger:  
Relatie tot betrokken patiënt:  
Adres:  
Handtekening: