

Akkoordverklaring beroepsgeheim

Ondergetekende verklaart hierbij de klachtenfunctionaris en - indien van toepassing - de Klachtencommissie 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 en - indien van toepassing - de Klachtencommissie 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 dat 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.

Naam patiënt de heer mevrouw
Adres Patiëntnummer
Postcode/Woonplaats E-mail
Telefoonnummer GSM/Mobiel Geboortedatum

Vertegenwoordiger:*

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

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

Naam vertegenwoordiger de heer mevrouw
Adres E-mail
Postcode/Woonplaats Geboortedatum
Telefoonnummer GSM/Mobiel

Handtekening patiënt

Handtekening vertegenwoordiger

Datum ondertekening

(Dit formulier s.v.p. ingevuld en getekend retour sturen in bijgevoegde antwoordvelop.)

Tips voor het schrijven van uw klachtbrief

1. Omschrijving klacht
Beschrijf in het kort de feitelijke gebeurtenis - indien u dit weet - met datum, plaats en naam van de persoon/afdeling die hierbij betrokken is geweest.
2. Vervolgens geeft u aan waarover u niet tevreden bent en/of wat u hiermee wilt bereiken
In verband met de leesbaarheid geven wij de voorkeur aan getypte brieven.
3. Vergeet u niet uw brief en uw akkoordverklaring beroepsgeheim te ondertekenen.

Dit formulier met klachtbrief sturen naar:

Maastricht UMC+
Directoraat Patiëntenzorg
t.a.v. de klachtenfunctionaris
Postbus 5800
6202 AZ MAASTRICHT

Ondersteuning door klachtenfunctionaris

Als u dit wenst kan de klachtenfunctionaris u helpen bij het formuleren van uw klacht. Ook kan de klachtenfunctionaris bemiddelen tussen u en de medewerker(s) waar u een klacht over heeft en/of u bijstaan als u uw klacht wilt indienen bij de Klachtencommissie van het Maastricht UMC+. De klachtenfunctionaris staat onafhankelijk en onpartijdig in de organisatie en ondersteunt u kosteloos bij het indienen en behandelen van uw klacht.

Telefonisch spreekuur klachtenfunctionaris

Maandag t/m donderdag van 10 tot 12 uur: 043 – 387 4204
Buiten deze uren kunt u een bericht inspreken en belt de klachtenfunctionaris u zo spoedig mogelijk terug als u naam en telefoonnummer duidelijk inspreekt.