

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: