

## VERZOEK TOT AFSCHRIFT VAN GEGEVENS UIT EEN PATIENTENDOSSIER

---

### Identiteit van de patiënt:

Naam en voornaam: .....

Adres: .....

.....

.....

Geboortedatum: .....

Telefoonnummer: .....

---

### Aanvrager ( aankruisen wat van toepassing is)

0 is patiënt zelf ( kopie van identiteitskaart toevoegen)

0 is een gemachtigde vertrouwenspersoon ( gelieve bijlage in te vullen en samen met kopie van identiteitskaart van vertrouwenspersoon en van patiënt toe te voegen)

0 is een wettelijke vertegenwoordiger ( gelieve bijlage in te vullen en samen met kopie van identiteitskaart van vertrouwenspersoon en van patiënt toe te voegen )

---

### De gevraagde gegevens hebben betrekking op ( aankruisen wat van toepassing is)

0 opname op afdeling.....van.....tot.....

0 medische gegevens

0 verpleegkundige gegevens

0 andere:.....

0 Raadplegingen bij:

0 dokter.....op.....

0 dokter.....op.....

0 dokter.....op.....

0 logins van mijn patiëntendossier

Motivatie of reden voor de aanvraag

.....  
.....  
.....

**Wijze van bezorgen van het afschrift van de patiëntengegevens ( voorkeur aankruisen)**

ik wens dat mijn patiëntengegevens worden opgestuurd naar mijn thuisadres

ik wens dat de gegevens per mail worden overgemaakt ( indien bestanden niet te groot zijn). Voeg hier uw mailadres toe.....

Ik kom het afschrift zelf ophalen

volgende persoon komt mijn afschrift ophalen of kan het afschrift ontvangen ( toelatingsformulier in bijlage) .....

ik wens dat mijn gegevens worden overgemaakt aan aangeduide ( toelatingsformulier)

dokter:.....

andere persoon: .....

Ik ga akkoord met de uiteengezette procedure en de hieraan verbonden voorwaarden.

.....  
.....

Handtekening patiënt of vertegenwoordiger

U kan dit document, ingevuld en ondertekend, en voorzien van een kopie van de identiteitskaart

- Afgeven aan het onthaal
- Via mail bezorgen aan de hoofdgeneesheer Dr. Reynaert via [directiesecretariaat@hhleuven.be](mailto:directiesecretariaat@hhleuven.be)
- Via mail bezorgen aan de ombudsdienst via [ann.willemans@hhleuven.be](mailto:ann.willemans@hhleuven.be)

**Bijlage 1: Machtiging voor een vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger, aangeduid door patiënt, tot ontvangen van afschrift van patiëntengegevens**

Hierbij geeft ondergetekende patiënt/wettelijke vertegenwoordiger.....

.....

Geboren op.....toestemming om aan  
dhr/mevr.....

.....

.....

een afschrift van zijn patiëntendossier te bezorgen.

Datum:.....

Handtekening van de patiënt/ wettelijke vertegenwoordiger

.....

.....

Identiteitsgegevens van de vertrouwenspersoon ( kopie van identiteitskaart toe te voegen)

.....

.....

.....

.....

Praktijkadres van huisarts of andere aangeduide dokter:

.....

.....

.....