

VERZOEK TOT AFSCHRIFT VAN GEGEVENS UIT EEN PATIENTENDOSSIER

Identiteit van de patiënt:

Naam en voornaam:

Adres:

.....

.....

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

Aanvrager (aankruisen wat van toepassing is)

is patiënt zelf (kopie van identiteitskaart toevoegen)

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

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)

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

medische gegevens

verpleegkundige gegevens

andere:.....

Raadplegingen bij:

dokter.....op.....

dokter.....op.....

dokter.....op.....

log-in van mijn patiëntendossier door anderen laten bekijken

gegevens URG/IVF

0 indien u gegevens vraagt van vóór het jaar 2000

- Gelieve aan te geven van welke artsen u gegevens nodig heeft
.....
.....
- Geeft u akkoord om uw patiëntenhistoriek van vóór 2000, op basis van uw rijksregisternummer, in te brengen in het huidige elektronische patiëntendossier
 - o Ja
 - o nee

Motivatie of reden voor de aanvraag

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

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

0 ik wens dat mijn patiëntengegevens worden opgestuurd naar mijn thuisadres

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

0 Ik kom het afschrift zelf ophalen

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

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

0 dokter:.....

0 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 hoofdarts ad interim Dr. Swinnen via directiesecretariaat@hhleuven.be
- Via mail bezorgen aan de ombudsdienst via 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:

.....

.....

.....