

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.....

onderzoek of behandeling op dienst.....op.....

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)

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
- 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:

.....

.....

.....