

**VERZOEK OM AFSCHRIFT OF INZAGE GEGEVENS UIT
PATIËTENDOSSIER**

Wet "Rechten van de patiënt" van 22 augustus 2002

IDENTITEITSGEGEVENS VAN PATIËNT

Verzoek om inzage

Verzoek om afschrift

- Naam en voornaam:
- Adres:
- Telefoonnummer:
- Geboortedatum en kopie van uw identiteitskaart:

IDENTITEITSGEGEVENS VAN AANVRAGER: *aankruisen wat van toepassing is*

is patiënt **zelf**

is **NIET** patiënt zelf. Vul onderstaande gegevens aan:

- Naam en voornaam:
- Adres:
- Telefoonnummer:
- **Relatie tot patiënt:** ouders of voogd van patiënt gemachtigde vertrouwenspersoon*
(*) zie onderaan voor machtiging

Indien en zolang de patiënt niet in staat is om zijn patiëntenrechten zelf uit te oefenen:

- formeel gemachtigde vertegenwoordiger -> voorafgaande machtiging door patiënt bijvoegen
- informele vertegenwoordiger -> in dalende volgorde echtgenoot of partner, meerderjarig kind of ouder, meerderjarige broer of zus
- een minderjarige patiënt kan afschrift vragen wanneer hij tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht

DE GEWENSTE GEGEVENS HEBBEN BETREKKING OP: *aankruisen wat van toepassing is*

- hospitalisatie op afdeling in periode
- medische gegevens
- verpleegkundige gegevens
- andere:
- raadpleging(en) bij dokter op (datum)
- medische gegevens
- andere:
- onderzoek/behandeling op dienst op (datum/periode).....
- volledig patiëntendossier

MOTIVATIE OF REDEN VOOR AANVRAAG (facultatief):

De aanvrager gaat akkoord met de procedure en bepalingen vermeld in bijgevoegd document 'Toelichting Procedure'.

Handtekening:

Datum:

MACHTIGING VAN EEN VERTROUWENSPERSOON DOOR DE PATIËNT

Ik (naam & voornaam van de patiënt),
geboren op, geef hierbij de persoon vernoemd onder "**IDENTITEITSGEGEVENS VAN
DE AANVRAGER**" de toestemming om bovenvermelde informatie op te vragen uit mijn patiëntendossier.

Datum :

Datum:

Handtekening patiënt:

Handtekening gemachtigde: