

SCHRIFTELIJKE VERKLARING RECHT OP INZAGE / AFSCHRIFT van het PATIËTENDOSSIER

De persoonlijke notities en gegevens met betrekking tot derden, komen niet in aanmerking voor inzage of afschrift. In geval dat patiënt of zijn vertegenwoordiger een beroepsbeoefenaar aanduidt, kan deze inzage of afschrift vragen van de persoonlijke notities van de zorgverlener.

Datum : ____ / ____ / _____

Aanvraag recht op inzage / afschrift (*) van het patiëntendossier in uitvoering en volgens de modaliteiten van art. 9 van de wet op de patiëntenrechten van 22 augustus 2002 en van de GDPR-wetgeving van 25 mei 2018.

Identiteit van de patiënt:

Naam en voornaam: Geboortedatum:/...../.....

Adres:

..... Telefoonnummer:

Aanvrager :

patiënt zelf

patiënt samen met gemachtigd vertrouwenspersoon (¹):

Naam en voornaam:

Adres :

..... Telefoonnummer :

door de patiënt gemachtigd vertrouwenspersoon (¹):

Naam en voornaam :

Adres :

..... Telefoonnummer :

door de meerderjarige patiënt benoemde vertegenwoordiger (²):

Naam en voornaam :

Adres :

..... Telefoonnummer :

Benoemde vertegenwoordiger is gemachtigd de rechten, zoals vastgelegd in de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22/08/2002 uit te oefenen en op te treden in plaats van de meerderjarige patiënt en zolang deze niet in staat is zelf zijn/haar rechten uit te oefenen. Zodra voornoemde toestand ophoudt te bestaan herneemt patiënt zelf zijn/haar rechten. Dit mandaat kan door patiënt of door benoemde vertegenwoordiger via een gedagtekend en ondertekend geschrift steeds worden herroepen.

0 ouders of voogd ⁽³⁾ van de minderjarige patiënt:

Naam en voornaam :

Adres :

..... Telefoonnummer :

0 bewindvoerder over de persoon met mandaat voor de uitoefening van de patiëntenrechten ⁽⁴⁾:

Naam en voornaam :

Adres :

..... Telefoonnummer :

0 informele vertegenwoordiger ⁽⁵⁾ in geval er geen vertegenwoordiger of bewindvoerder over de persoon met mandaat voor de uitoefening van de patiëntenrechten benoemd is:

Naam en voornaam:

Adres:

..... Telefoonnummer :.....

Verwantschap (vervangende volgorde te respecteren):

0 samenwonende echtgeno(o)t(e) of partner > 0 meerderjarig kind > 0 ouder > 0 meerderjarige zus of broer

Motivatie en specificatie van het verzoek :

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

Ter beschikking stellen dossier aan aanvrager: 0 persoonlijk afhalen (na afspraak) 0 via aangetekende zending 0 per beveiligde mail

Ondergetekende gaat akkoord met de uiteengezette procedure en bepalingen.

Ondergetekende is op de hoogte van de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 en van de GDPR-wetgeving van 25 mei 2018, alsook van het feit dat deze aanvraag wordt toegevoegd aan het medisch dossier van de patiënt.

Handtekening patiënt

(¹) Desgevallend: Handtekening gemachtigd vertrouwenspersoon die uitdrukkelijk akkoord gaat met dit mandaat

(²) Desgevallend: Handtekening benoemd vertegenwoordiger die uitdrukkelijk akkoord gaat met dit mandaat

(³) Desgevallend: Handtekening ouders / voogd

(⁴) Desgevallend: Handtekening bewindvoerder over de persoon met mandaat uitoefening patiëntenrechten

(⁵) Desgevallend: Handtekening informele vertegenwoordiger