

Document: GLOR-60-246 versie 8.0	Publicatiedatum: 5/02/2024
Auteur(s): Lamoral Emmilie	Uitvoeringsdatum: 5/02/2024
Documentbeheerder: Morret Xavier	Revisiedatum: 5/08/2026
Autorisator(s): Blomme Stefaan	Vervaldatum: 5/02/2027

INHOUD

1	OMSCHRIJVING / DOELSTELLING	2
2	TOEPASSINGSGEBIED	2
3	VERSIE STATUS OVERZICHT	2
4	TERMINOLOGIE	2
5	DE OMBUDSPERSOON / KLACHTENBEMIDDELAAR	3
5.1	Oprachten	4
5.2	Basisprincipes	4
5.3	Continuïteit van de ombudsdienst	5
6	KLACHTENBEHANDELING	5
6.1	Ontvangst van een klacht	6
6.2	Afhandeling van de klacht	6
6.2.1	Rechtstreekse bemiddeling	6
6.2.2	Onrechtstreekse bemiddeling	6
6.3	Opvolging na mededelen besluit.....	7
6.4	Verwerking, verslag, aanbevelingen	7
7	AFSCHRIFT, INZAGE EN CORRECTIE DOSSIER	7
7.1	Afschrift dossier	8
7.2	Inzage dossier	9
7.3	Correctie aan het dossier	9
8	GDPR	9
9	AFKORTINGEN EN DEFINITIES.....	9
10	BRONNEN	9
10.1	Wetgeving.....	9
10.2	Wetenschappelijke literatuur	10

1 OMSCHRIJVING / DOELSTELLING

Op 6 oktober 2002 is de wet van 22 augustus 2002 (BS 26/09/2002) betreffende de rechten van de patiënt in voege getreden. Deze wet bepaalt o.m. volgende patiëntenrechten:

- Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening
- Recht op vrije keuze van een zorgverstrekker
- Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand
- Recht op toestemming of weigering van een tussenkomst na informatie
- Recht op informatie over de verzekeringsdekking en de vergunningsstatus van de beroepsbeoefenaar
- Recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier
- Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (privacy)
- Recht om een klacht neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie

De opdracht en de werking van de ombudspersoon is bij wet vastgelegd: Artikel 30 van de Ziekenhuiswet bepaalt dat het ziekenhuis de bepalingen van de patiëntenrechtenwet dient na te leven en moet waken over de eerbiediging ervan door iedereen die er zorg verleent en over de behandeling van mogelijke klachten hierover bij de ombudsfunctie.

Artikel 71 van de gecoördineerde ziekenhuiswet stelt dat de ombudsfunctie een verplichte functie is.

Dit huishoudelijk reglement, dat wettelijk verplicht is, beschrijft de werking van de ombudsdienst en de bijhorende procedures en afspraken. Het doel van de procedure is om klachten van patiënten op een wettelijke, correcte en uniforme wijze af te handelen.

2 TOEPASSINGSGEBIED

De procedure geldt ziekenhuisbreed en is van toepassing op alle medewerkers in het ziekenhuis die betrokken (kunnen) raken bij een door de patiënt ingediende klacht.

3 VERSIE STATUS OVERZICHT

<i>Versie</i>	<i>Datum</i>	<i>Wijziging</i>	<i>Aanvrager</i>
8.0	31/01/2024	Punt 5 De ombudspersoon Punt 5.3 Continuïteit van de ombudsdienst	

4 TERMINOLOGIE

Een klacht: iedere uiting van ongenoegen of ontevredenheid omtrent de zorg- en/of dienstverlening proces van de patiënt in het ziekenhuis.

De ombudspersoon: is de centrale aanspreekpersoon voor patiënten en bezoekers i.v.m. klacht(en) over de zorg- en/of dienstverlening binnen het ziekenhuis, degene die in de klacht

bemiddelt en de patiënt of zijn vertegenwoordiger informeert over de opvolging en afhandeling ervan. De term **klachtenbemiddelaar** wordt ook gehanteerd voor deze persoon omdat dit beter weergeeft waar hij voor staat, meer bepaald bemiddelen bij klachten.

Onder **klachtenbehandeling** wordt verstaan het beluisteren, informeren, adviseren of verwijzen van de klager zonder hierin sturend te zijn, het verlenen van bijstand, het zoeken naar gemeenschappelijke belangen, het formuleren van voorstellen, en streven naar een oplossing of schikking. Klachtenbehandeling is een inspannings- en geen resultaatsverbintenis.

Patiëntenrecht is het recht van patiënten in hun relatie met beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg.

Een vertegenwoordiger is diegene die de patiënt aanduidt om in zijn plaats zijn rechten te doen gelden wanneer de patiënt daar zelf (tijdelijk of permanent) niet (meer) toe in staat is (officieel formulier aanwijzing vertegenwoordiger verkrijgbaar bij de ombudsdienst)

Een vertrouwenspersoon: Een familielid, een vriend, een andere patiënt of elke andere persoon die door de patiënt aangewezen wordt om hem bij te staan bij het verkrijgen van de informatie omtrent zijn gezondheidstoestand, bij de inzage van zijn patiëntendossier of bij het bekomen van een afschrift ervan, alsook bij het neerleggen van een klacht. Hij die de patiënt bijstaat en de patiënt raad en informatie geeft. De patiënt bepaalt zelf wie hij als vertrouwenspersoon erkent. De patiënt kan zijn vertrouwenspersoon nominatief voorstellen maar ook uit de omstandigheden kan de beroepsbeoefenaar afleiden dat de persoon kan aanzien worden als de vertrouwenspersoon (vb. de patiënt laat deze persoon aanwezig zijn tijdens onderzoeken of vertrouwelijke gesprekken met de beroepsbeoefenaar). De vertrouwenspersoon moet echter ook het vertrouwen van de beroepsbeoefenaar genieten (vb: bij vermoeden van manipulatie).

Opm: de vertrouwenspersoon moet een persoon zijn (en dus niet een mutualiteit of een verzekering)(officieel formulier aanwijzing vertrouwenspersoon verkrijgbaar bij de ombudsdienst).

Een beroepsbeoefenaar (in het kader van de Patiëntenrechtenwet): is een professioneel zorgverlener die de patiëntenrechten binnen de grenzen van zijn wettelijke bevoegdheden moet respecteren: arts, tandarts, apotheker, vroedvrouw, kinesitherapeut, verpleegkundige, klinisch psycholoog/orthopedagoog, paramedicus (bandagist, orthesist en prothesist, diëtist, ergotherapeut, farmaceutisch technisch assistent, technoloog medische beeldvorming, technoloog medisch laboratorium, logopedist, orthopedist, podoloog, audioloog en audicien)

Klager: hij die de klacht uit. Dit kan de patiënt zelf zijn of een vertegenwoordiger van de patiënt.

5 DE OMBUDSPERSOON / KLACHTENBEMIDDELAAR

De ombudspersoon heeft een staffunctie onder de Algemeen directeur.

Hij is telefonisch bereikbaar op maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag tussen 10u00 en 12u00 op het telefoonnummer 055/23.30.30. De ombudspersoon beschikt over een bureau binnen het ziekenhuis en een afgesloten ruimte om gesprekken te voeren.

Indien de ombudspersoon telefonisch niet bereikbaar is (bijv. gesprek/overleg) dan hoort de klager dit op het antwoordapparaat en kan hij een boodschap nalaten. Bij langere afwezigheid hoort de klager op het antwoordapparaat wanneer de ombudspersoon terug ter beschikking is en wat hij kan doen in geval er een dringende klacht is (doorverwijs naar het onthaal die, indien noodzakelijk, een doorverwijs doet naar de sociale dienst).

Een e-mail (ombudsdienst@azglorieux.be) en/of brief (t.a.v. Ombudsdienst AZ Glorieux, Glorieuxlaan 55, 9600 Ronse) sturen is uiteraard steeds mogelijk.

In het geval klagers zich persoonlijk naar het ziekenhuis begeven is het onthaal van het ziekenhuis het eerste aanspreekpunt. Zij verwittigen de ombudspersoon telefonisch. De ombudspersoon werkt zo veel mogelijk op afspraak bij het voeren van persoonlijke gesprekken met de klager.

Indien een klacht wordt geuit aan een medewerker van het ziekenhuis en de betrokken medewerker/zorgverstreker slaagt er niet zelf in de ontevredenheid van de patiënt weg te nemen, dan moet aan de klager gemeld worden dat er een ombudspersoon in het ziekenhuis beschikbaar is. De klager beslist dan zelf of hij zijn klacht bij deze uit. De betrokken medewerker/zorgverstreker en klager worden steeds aangemoedigd zelf de verantwoordelijkheid in het dispuut te nemen en de confrontatie in eerste instantie met elkaar aan te gaan.

5.1 Opdrachten

- Het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie;
- Het voorkomen van misnoegdheid en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen;
- Het opvangen en registreren van klachten, alsook het bemiddelen met het oog op het bereiken van een oplossing of herstel;
- Het informeren van de klager over de mogelijkheden voor de verdere afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een oplossing;
- Het formuleren van aanbevelingen om herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten te voorkomen;
- Het beheren van documenten en gegevens in verband met klachten en de werking van de dienst;
- Het opmaken van een jaarverslag overeenstemmend met artikel 9 van het Koninklijk Besluit van 8 juli 2003, met een overzicht van het aantal en het voorwerp van de klachten en het resultaat van de tussenkomsten tijdens het voorbije kalenderjaar
- Naast de taak van bemiddeling bij klachten staat de ombudspersoon ook in voor de verwerking van vragen naar inzage dossier en afschrift dossier, tenzij dit rechtstreeks door de beroepsbeoefenaar wordt geregeld. De ombudspersoon wordt hierin bijgestaan door de managementassistent van de algemeen directeur. Deze laatste neemt enkel de administratieve afhandeling op zich.
- Tenslotte, fungeert de ombudspersoon ook als tussenpersoon bij de opstart en opvolging van relevante verzekeringsdossiers en deze van het FMO.

5.2 Basisprincipes

De opdracht van de ombudspersoon is een inspannings-, geen resultaatsverbintenis ten aanzien van partijen. Dit betekent dat de ombudspersoon streeft naar een oplossing of herstel, maar niet kan garanderen dat dit ook gerealiseerd wordt.

De ombudspersoon

- is niet verantwoordelijk voor het al dan niet bereiken van een aanvaardbare oplossing;
- mag niet betrokken geweest zijn bij feiten of personen waarop een klacht betrekking heeft;
- is verplicht het beroepsgeheim te respecteren en een strikte neutraliteit en onpartijdigheid te bewaren;
- heeft een onafhankelijke positie ten aanzien van de directie en het bestuur van het ziekenhuis;

- is geen verantwoording verschuldigd over het bemiddelingsproces, maar heeft wel een informatieplicht ten aanzien van de directie en het bestuur van het ziekenhuis;
- werkt zelfstandig, vrij en onafhankelijk;
- vervult een staffunctie rechtstreeks onder de ziekenhuisdirecteur, zonder dat dit de onafhankelijkheid schaadt;
- heeft in de uitvoering van de functie ongehinderd toegang tot alle personen die bij een klacht betrokken zijn, en tot alle relevante informatie;
- kan niet worden gesanctioneerd wegens daden die hij in het kader van de correcte uitoefening van zijn opdracht stelt;
- respecteert een strikte neutraliteit en onpartijdigheid, en streeft naar een voor alle betrokkenen aanvaardbare oplossing;
- heeft enkel toegang tot gegevens die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van zijn/haar wettelijke opdracht

Elke bemiddeling is vertrouwelijk. In de briefwisseling van de ombudspersoon wordt dit steeds uitdrukkelijk vermeld.

Het vertrouwelijke karakter en de aard van de bemiddeling maken dat geen van de documenten hieromtrent gebruikt kan worden om rechten af te dwingen.

5.3 Continuïteit van de ombudsdienst

Indien de ombudspersoon niet aanwezig is en niet bereikbaar dan wordt aan de klager onverwijld medegedeeld wanneer de ombudspersoon (terug) aanwezig is. Uiteraard kan er steeds een mail/brief naar de ombudsdienst gestuurd worden. Deze worden dan zo snel als mogelijk behandeld bij terugkeer van de ombudspersoon.

Bij urgente casussen wordt de patiënt te woord gestaan door:

- Hetzij, een medewerker van de sociale dienst, indien aanwezig.
- Hetzij, een andere medewerker waarmee de klager het gesprek wil aangaan (vb. (algemeen) directeur, hoofdgeneesheer,...)

De medewerkers van de sociale dienst voorzien in een eerste opvang en bieden een luisterend oor. De bekomen informatie wordt doorgegeven aan de ombudspersoon zodra hij terug beschikbaar is. De uiteindelijke afhandeling van de klacht gebeurt steeds door de ombudsdienst.

Een medewerker van de sociale dienst treedt ook op als vervanger indien de ombudspersoon niet de geschikte persoon is om te bemiddelen (vb: klacht door eigen familieleden,...).

6 KLACHTENBEHANDELING

Alle klachten worden door de ombudspersoon behandeld, ook zij die niet rechtstreeks betrekking hebben op de wet op de patiëntenrechten. De ombudspersoon registreert ze in een digitale database en start een dossier.

De klachten kunnen betrekking hebben op:

- Het niet naleven van patiëntenrechten
- Medisch-technische, verpleegkundige aangelegenheden, problemen met betrekking tot de paramedische zorg
- Problemen bij contacten tussen patiënten en medewerkers van het ziekenhuis

- Financiële, administratieve, logistieke en organisatorische problemen of aangelegenheden met betrekking tot de hotelfunctie (de keuken, onderhoud, kamervoorzieningen,.....)

6.1 Ontvangst van een klacht

Een klacht kan mondeling of schriftelijk geuit worden. Ook ongenoegen of mistevredenheid die (anoniem) geuit wordt in de tevredenheidsenquêtes wordt als klacht geregistreerd.

Anonieme klachten worden geregistreerd en eventueel onderzocht. Ze worden niet teruggekoppeld aan de klager, ook al kan de identiteit van de klager achterhaald worden aan de hand van de casus.

6.2 Afhandeling van de klacht

Afhankelijk van de situatie of de wijze van uiten van de klacht wordt de klager gehoord. Dit kan telefonisch, per e-mail, op de kamer van de patiënt of een afgezonderde gespreksruimte. In deze fase wordt aan de patiënt alleen aangegeven dat de klacht ontvangen is, onderzocht zal worden, en dat hij daarna opnieuw zal gecontacteerd worden, behalve wanneer het een klacht betreft die een onmiddellijke oplossing vereist of onmiddellijk kan opgelost worden.

De ombudspersoon poogt in eerste instantie een overzicht van de situatie te krijgen en zicht te krijgen op de verwachtingen van de klager. Indien de ombudsdienst niet bevoegd is, wordt dit medegedeeld aan de klager. Indien de klacht ontvankelijk wordt bevonden (anonieme klachten zijn niet ontvankelijk), contacteert de ombudspersoon de betrokken beroepsbeoefenaars die naar hun mening worden gevraagd omtrent de feiten die de klager aanhaalt.

Afhankelijk van de inhoud van de klacht wordt een rechtstreeks of onrechtstreekse bemiddeling gevoerd.

6.2.1 Rechtstreekse bemiddeling

Er wordt een gesprek georganiseerd met patiënt (eventueel vergezeld van familieleden of vertrouwenspersoon), betrokken beroepsbeoefenaar(s) en de ombudspersoon. De klacht wordt rechtstreeks afgehandeld.

6.2.2 Onrechtstreekse bemiddeling

De klacht wordt besproken met de betrokken beroepsbeoefenaar(s). Indien een voorstel tot oplossing kan worden geformuleerd, wordt dit doorgegeven aan de klager. Indien er geen oplossing kan worden geformuleerd, of de betrokken beroepsbeoefenaar heeft daartoe niet de bevoegdheid, wordt de klacht besproken in het Directiecomité. Het Directiecomité stelt een oplossing voor. Deze oplossing wordt doorgegeven aan beide partijen (klager en beroepsbeoefenaar/directie).

Wanneer blijkt dat een klacht ook mogelijk financiële implicaties heeft, kan de ombudspersoon de facturen die betrekking hebben op de klacht bij de dienst boekhouding laten blokkeren. Bij het afsluiten van het ombudsdossier zal de ombudspersoon de facturen laten deblokken en bij een akkoord de facturen laten aanpassen. Indien de klager tijdens of na het bemiddelingsproces een schadeclaim uit, meldt de ombudspersoon de klacht aan de betrokken arts en zal diens verzekeraar ingeschakeld worden.

De ombudspersoon heeft geen onderzoeksbevoegdheid wat betreft de grond van de zaak en kan zich niet uitspreken over de aard van de problematiek (wel of geen medische fout, therapeutisch risico of toeval, schuld ...). Dit vraagt een afzonderlijke deskundigheid.

Elk geformuleerd voorstel staat dan ook volledig los van genoemde aard, en vormt op zichzelf geen erkenning of bevestiging van fout, schuld en dergelijke meer.

6.3 Opvolging na mededelen besluit

Indien de klager akkoord gaat met het voorstel, wordt het dossier afgesloten. Indien hij niet akkoord gaat wordt gezocht naar een andere oplossing of wordt de klager voorgesteld welke andere mogelijkheden er zijn om zijn klacht te behandelen.

Binnen een termijn van maximaal 3 maanden, tellend vanaf het moment van het uiten van de klacht, moet, behoudens onvoorziene omstandigheden, een oplossing gevonden zijn/een alternatief geboden zijn die voor partijen aanvaardbaar is.

6.4 Verwerking, verslag, aanbevelingen

Alle klachten worden geregistreerd in een elektronisch bestand (Sharepoint/Intranet), dat uitsluitend door de ombudspersoon kan geraadpleegd worden.

Driemaandelijks wordt door de ombudspersoon anoniem verslag uitgebracht in het Directiecomité over afgewerkte klachten of klachten waarbij er een nieuwe, belangrijke evolutie is.

Klachten waarin een beslissing door het Directiecomité dient te worden genomen, worden telkens meegenomen naar het eerst mogelijke Directiecomité.

De klachten die in het Directiecomité werden besproken (ter besluitvorming of alleen als rapportage) worden geanonimiseerd opgenomen in het verslag van het Directiecomité.

Uit de gegevens van de databank wordt het jaarverslag opgemaakt. Uit de resultaten worden aanbevelingen gedaan aan het directiecomité om te vermijden dat de klacht zich herhaalt. Aanbevelingen kunnen ook gebeuren op het periodiek overleg met het directiecomité, en hoeven niet te wachten tot het jaarverslag is opgemaakt.

Het jaarverslag wordt aangeboden aan de bevoegde nationale commissie, de beheerders en directiecomité van het ziekenhuis en aan allen die erom vragen.

7 AFSCHRIFT, INZAGE EN CORRECTIE DOSSIER

De patiënt kan een afschrift vragen van zijn dossier of alleen inzage wensen. De patiënt kan hiervoor een aanvraagformulier bekomen via het onthaal/via de ombudsdienst/bevoegde secretariaten. Hij kan ook een correctie aan zijn dossier vragen, conform Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad, 27 april betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens, en zijn uitvoeringswetten en -besluiten. De patiënt en familie worden geïnformeerd over deze procedure op de website van het ziekenhuis (<https://azglorieux.be/nl/patienten/ombudsdienst/medisch-dossier/>).

7.1 Afschrift dossier

Door de wet op de patiëntenrechten kan de patiënt een afschrift opvragen van zijn dossier. In het KB nr 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgen, alsook in de Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad, 27 april betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens, en zijn uitvoeringswetten en –besluiten, staan een aantal richtlijnen hoe dit moet gebeuren.

Indien niet is voldaan aan deze wettelijke voorschriften stelt betrokkene zich bloot aan mogelijke juridische problemen (schending beroepsgeheim, ...).

Het directiecomité heeft deze richtlijnen omgezet in de hier volgende procedure, die stipt moet worden toegepast.

- 1) Een afschrift van het dossier kan alleen gevraagd worden **door de patiënt zelf**. **Ouders** of voogden kunnen een afschrift vragen van hun minderjarig kind. De patiëntenrechten kunnen door de minderjarige patiënt, die tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht, zelfstandig worden uitgeoefend.
- 2) Een aanvraag tot afschrift van het dossier dient **bij voorkeur schriftelijk** te gebeuren. De patiënt kan gebruik maken van een specifiek formulier (formulier in bijlage en opvraagbaar via de website, het onthaal, de ombudsdienst, de management assistent, secretariaten, ...).
- 3) De patiënt kan een **volmacht** geven aan een vertrouwenspersoon om het afschrift op te halen. Hij dient deze volmacht schriftelijk te bevestigen cfr. aanvraagformulier.
- 4) De aanvraag en de afschriften worden bezorgd aan de ombudspersoon. Hij zorgt voor de verdere afhandeling en wordt bijgestaan door de managementassistent van de Algemeen Directeur voor de administratieve afhandeling. De verdere afhandeling houdt in:
 - a. Alle afschriften krijgen de vermelding “strikt persoonlijk en vertrouwelijk”
 - b. Het afschrift wordt persoonlijk overhandigd aan de patiënt zelf.
 - c. De patiënt dient te tekenen voor ontvangst. (Een model van ontvangstbevestiging in bijlage). Zijn identiteit wordt bevestigd. Hiervoor wordt een kopie van zijn identiteitskaart/een andere legitimiteit genomen.
 - d. Versturen per post (zo nodig aangetekend !) kan. Een afschrift wordt niet per e-mail verzonden.
 - e. Bij het overhandigen van het afschrift aan een vertrouwenspersoon (met volmacht) moet deze laatste zijn identiteit kunnen aantonen.
 - f. Er worden geen kosten aangerekend.
- 5) Een afschrift van dossier kan eventueel ook rechtstreeks door de beroepsbeoefenaar aan de patiënt worden overhandigd (desgevallend via zijn secretariaat). Hier gelden echter eveneens de volgende regels:
 - a. Het afschrift wordt persoonlijk overhandigd aan de patiënt zelf.
 - b. De patiënt kan een volmacht geven aan een vertrouwenspersoon om het afschrift op te halen. Hij dient deze volmacht schriftelijk te bevestigen. Bij het overhandigen van het afschrift aan een vertrouwenspersoon (met volmacht) moet deze laatste zijn identiteit kunnen aantonen.
 - c. Een afschrift wordt niet per e-mail verzonden.
 - d. Bij twijfel of de aanvraag wettig is kan de medewerker best contact opnemen met de ombudsdienst.
- 6) Een afschrift van het dossier van een overleden patiënt kan onder geen enkele voorwaarde worden opgevraagd. Een aantal personen hebben echter wel

onrechtstreeks inzagerecht in het dossier. Hier gelden echter zeer strikte regels. In dit geval kan de medewerker die de vraag kreeg best contact opnemen met of doorverwijzen naar de ombudspersoon.

- 7) Indien de beroepsbeoefenaar niet meer actief is in het ziekenhuis wordt de toestemming gegeven door de hoofdgeneesheer. Hij bepaalt welke stukken moeten worden doorgegeven.

Op de website staat vermeld dat patiënten een afschrift van hun dossier kunnen opvragen via de ombudsdienst.

De aanvragen, teneinde een goeie opvolging te verzekeren, worden elektronisch geregistreerd in Sharepoint, doch niet het medisch dossier zelf.

7.2 Inzage dossier

Hiervoor gelden dezelfde voorwaarden. Na de goedkeuring van de aanvraag wordt een inzagemoment georganiseerd. Daarbij is hetzij de betrokken beroepsbeoefenaar, hetzij de hoofdgeneesheer aanwezig. Desgevallend is ook de ombudspersoon aanwezig.

7.3 Correctie aan het dossier

De patiënt kan een rechtzetting vragen van onjuiste gegevens.

Hij kan ook vragen gegevens te laten wissen indien voor het bijhouden en verwerken ervan geen gerechtvaardigde grond meer bestaat. Dit is slechts van toepassing op een beperkt aantal gegevens gezien deze worden bijgehouden onder de bepaling van de wet op het medisch dossier of andere verplichtingen van de overheid uit.

8 GDPR

De afhandeling van klachten en het behandelen van de aanvragen tot afschrift of inzage van het medisch dossier verlopen conform de verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad, 27 april betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens, en zijn uitvoeringswetten en – besluiten.

9 AFKORTINGEN EN DEFINITIES

GDPR: General Data Protection Regulation

10 BRONNEN

10.1 Wetgeving

- KB nr 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgen

- Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt
- Art 458 SW.: Beroepsgeheim
- Wet van 8 december 1992: wet verwerking personeegevens
- Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad. 2016, 27 april betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens, en zijn uitvoeringswetten en –besluiten.

10.2 Wetenschappelijke literatuur

Wostyn, L., (2011). *Het overmaken van medische gegevens na het overlijden van de patiënt*, Story publishers Gent

Tack, S., (2013). Juridische modeldocumenten voor de zorgsector, Vanden Broele Brugge

Nys, S. en Callens, S., (2011). *Medisch recht*, Die Keure Brugge

Vansweevelt, T., (2011). *Het patiëntendossier*, Intersentia Antwerpen

Vansweevelt, T., (2005). *Rechtspraak- en wetgevingsbundel Gezondheidsrecht*, Kluwer Mechelen.