

Verzoek om afschrift van gegevens uit een patiëntendossier

Identiteit van de patiënt

Kopie van de identiteitskaart toevoegen - vraag gerust aan het onthaal om een kopie te nemen.

- Naam en voornaam: _____
- Adres: _____
- Telefoonnummer: _____
- Geboortedatum: _____
- Ik wens:
 - Een verzending via de post
 - De gegevens persoonlijk te komen afhalen

Aanvrager

- Is de patiënt zelf (kopie van identiteitskaart toevoegen)
- is NIET de patiënt zelf (onderstaande gegevens van de aanvrager invullen)

- Naam en voornaam: _____
- Adres: _____
- Telefoonnummer: _____
- Relatie tot patiënt:
 - Ouders of voogd van patiënt
 - Gemachtigd vertrouwenspersoon * (z.o.z.)
 - Andere: _____

* Indien je een gemachtigd vertrouwenspersoon bent kan je het afschrift van het patiëntendossier bekomen door contact op te nemen met de Ombudsdienst.

Machtiging voor een vertrouwenspersoon

Hierbij geeft ondergetekende patiënt _____ (naam)
de toestemming aan het AZ Glorieux om aan _____ (naam
vertrouwenspersoon) bovenvermelde informatie uit zijn/haar patiëntendossier te verschaffen.

Handtekening patiënt: _____

Handtekening vertrouwenspersoon: _____

Datum: ____ / ____ / ____

De gewenste gegevens

- **Hospitalisatie** bij afdeling _____
Periode/data: _____
 - Je medisch dossier
 - Toegangscode waarmee je de medische beeldvorming (vb scan, foto's, MRI,...) online kan bekijken
- **Raadpleging** bij dienst _____
Periode/data: _____
 - Je medisch dossier
 - Toegangscode waarmee je de medische beeldvorming (vb scan, foto's, MRI,...) online kan bekijken
- **Volledig medisch dossier** vanaf _____ (jaartal invullen)

Motivatie of reden voor aanvraag (facultatief)

Ondergetekende gaat akkoord met de procedure en bepaling zoals hierna vermeld.

Handtekening patiënt/vertrouwenspersoon/vertegenwoordiger: _____ Datum: ____ / ____ / ____

Ombudsdienst AZ Glorieux

055 23 30 30

ombudsdienst@azglorieux.be