

SCHRIFTELIJKE VERKLARING RECHT OP AFSCHRIFT VAN HET PATIËNTENDOSSIER

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

Datum:/...../.....

Aanvraag recht op afschrift van het patiëntendossier in uitvoering en conform de modaliteiten van artikel 9 van de Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

Identiteit van de patiënt:

Naam en voornaam:

Geboortedatum:

Adres:

Telefoonnummer/gsm:

Identiteit van de aanvrager:

Patiënt zelf

Patiënt samen met gemachtigd vertrouwenspersoon ⁽¹⁾

Naam en voornaam:

Adres:

Telefoonnummer/gsm:

Door de patiënt benoemde vertegenwoordiger ⁽²⁾

Naam en voornaam:

Adres:

Telefoonnummer/gsm:

Ouders of voogd ⁽³⁾ van de minderjarige patiënt

Naam en voornaam:

Adres:

Telefoonnummer/gsm:

Bewindvoerder over de persoon met mandaat voor de uitoefening van de patiëntenrechten ⁽⁴⁾

Naam en voornaam:

Adres:

Telefoonnummer/gsm:

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/gsm:

Verwantschap (vervangende volgorde te respecteren):

Samenwonende echtgeno(o)t(e) of partner

Meerderjarig kind

Ouder

Meerderjarige zus of broer

Motivering van het verzoek:

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

Periode (bijvoorbeeld: het volledig medisch dossier of een bepaalde periode):

.....

Ter beschikking stellen dossier aan aanvrager:

- Persoonlijk afhalen (na afspraak)
- Via aangetekende zending
- Via beveiligde e-mail (**let op: gsm-nummer vereist!**)

Ondergetekende gaat akkoord met de uiteengezette procedure en bepalingen.

Ondergetekende is op de hoogte van de Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt 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**

Aanvraag én kopie identiteitskaart bezorgen aan de ombudsdienst:

1. Per post
AZ Jan Palfijn Gent
T.a.v. ombudsdienst
Watersportlaan 5
9000 Gent
2. Via e-mail
ombudsdienst@janpalfijngent.be
3. Afgeven aan het Onthaal van het ziekenhuis.