

AANVRAAGFORMULIER MEDISCHE GEGEVENS

U wenst een aanvraag te doen over uw medische gegevens als onze patiënt. Gelieve onderstaande in te vullen en in te leveren bij de balie. Om misbruik te voorkomen kunnen wij u vragen u te identificeren. Dit formulier is ook beschikbaar bij de balie.

PATIËNTGEGEVENS

ACHTERNAAM:	VOORLETTERS:
M / V	GEBORTE DATUM:
ADRES:	POSTCODE:
WOONPLAATS:	E-MAIL:
TELEFOONNR.:	MOBIEL NR.:

WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER indien patiënt jonger is dan 16 jaar

ACHTERNAAM:	VOORLETTERS:	
RELATIE TOT PATIËNT:	M / V	GEBORTE DATUM:
ADRES:	POSTCODE:	
WOONPLAATS:	E-MAIL:	
TELEFOONNR.:	MOBIEL NR.:	

Door assistent:

- Scan & toevoegen formulier in HIS
- Vernietig papieren formulier
- Zet in agenda huisarts voor akkoord & afhandeling

AANVRAAGFORMULIER MEDISCHE GEGEVENS

VERZOEKT OM vink aan en vul in wat van toepassing is

INZAGE MEDISCH DOSSIER

AFSCHRIFT UIT MEDISCH DOSSIER

PERIODE:

WELKE GEGEVENS:

WIJZIGING IN MEDISCH DOSSIER

PERIODE:

WELKE GEGEVENS:

WISSEN VAN GEGEVENS IN MEDISCH DOSSIER

PERIODE:

WELKE GEGEVENS:

(TIJDELIJK) BEZWAAR VOOR VERWERKING VAN (SOMMIGE) GEGEVENS IN MEDISCH DOSSIER

TIJDENS PERIODE:

WELKE GEGEVENS:

INTREKKEN VAN (EEN EERDER GEGEVEN) TOESTEMMING

WELKE TOESTEMMING:

OVERDRACHT (DEEL VAN) MEDISCH DOSSIER AAN DERDE PARTIJ

PERIODE:

WELKE GEGEVENS:

GEGEVENS DERDE PARTIJ:

ONDERTEKENING

DATUM:

HANDTEKENING:

LEGITIMATIE GEZIEN invullen door assistent

JA

NEE

BEDANKT VOOR UW AANVRAAG. WIJ NEMEN ZO SPOEDIG MOGELIJK CONTACT MET U OP.