

Ombudsdienst
051 33 41 67

IDENTITEIT VAN DE PATIENT

- Naam Voornaam
- Adres
- Geboortedatum

VERZOEK TOT

- ☐ Inzage
☐ Afschrift

AANVRAGER

- Naam: Voornaam:
- Adres:
- Telefoonnummer:

☐ is **PATIENT zelf** (aankruisen indien van toepassing)

Opm : ook een minderjarige patiënt kan een afschrift aanvragen wanneer hij tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht.

Opm : de patiënt die bekwaam is zelf zijn rechten uit te oefenen kan zich laten bijstaan door een vertrouwenspersoon die samen met hem of in zijn naam kan optreden. Indien deze vertrouwenspersoon een beroepsbeoefenaar is, kan hij ook afschrift/inzage bekomen van de persoonlijke notities. Aan deze vertrouwenspersoon kan enkel een afschrift/inzagerecht worden verleend na het invullen van het hiervoor bestemde aanvraagformulier cfr. pg 4: **MACHTIGING VOOR EEN VERTROUWENSPERSOON AANGEDUID DOOR DE PATIENT**

☐ is **NIET de PATIENT zelf** (aankruisen indien van toepassing en onderstaande gegevens invullen) ingevolge :

☐ minderjarigheid:

- relatie tot de patiënt:
☐ ouders ☐ voogd

☐ meerderjarigheid die valt onder het statuut van de verlengde minderjarigheid of onbekwaamverklaring

- relatie tot de patiënt :
☐ ouders ☐ voogd

☐ het feit dat de patiënt - ondanks zijn meerderjarigheid - niet in staat is om de hem door de patiëntenwet verleende rechten uit te oefenen (vb. comapatiënten)

- relatie tot de patiënt :
☐ wettelijk vertegenwoordiger
 Opm : deze door de patiënt aangeduide vertegenwoordiger moet in dit geval een gedagtekend en door de patiënt én deze vertegenwoordiger ondertekend schriftelijk mandaat bij deze aanvraag voegen waaruit de toestemming van patiënt blijkt.

Alleen wanneer er **geen dergelijke vertegenwoordiger** werd aangeduid of deze laatste niet optreedt komen de hieronder vermelde categorieën in aanmerking.

- ☐ de samenwonende echtgenoot
- ☐ de wettelijk samenwonende partner
- ☐ de feitelijk samenwonende partner

Wanneer de hierboven vermelde partners de patiënt niet willen vertegenwoordigen of ontbreken kunnen de rechten **in dalende orde en de één bij uitsluiting van de andere** de patiënt vertegenwoordigen:

- ☐ meerderjarig kind van de patiënt
- ☐ ouder van de patiënt
- ☐ meerderjarige broer of zus van de patiënt

Opm: **bij overlijden van een minderjarige patiënt** kan het afschrijfrecht/inzagerecht uitgeoefend worden door de persoon die als vertegenwoordiger handelde mits motivering en aan bloedverwanten tot en met de tweede graad.

- relatie tot de patiënt :
☐ vertegenwoordiger
☐ ouder
☐ grootouder
☐ meerderjarige broer of zus van de patiënt

DE GEWENSTE GEGEVENS HEBBEN BETREKKING OP :

- ☐ het patiëntendossier voor de periode: van tot
- ☐ raadplegingen bij dokter periode (of data) tot (en)
- ☐ medische gegevens
- ☐ andere

☐ onderzoek/behandeling bij de dienst periode / data

Opm : de persoonlijke notities en gegevens die betrekking hebben op derden komen niet in aanmerking voor afschrift. In dit geval kan de patiënt of zijn vertegenwoordiger een beroepsbeoefenaar als vertrouwenspersoon machtigen (zie hierboven) die afschrift kan vragen van de persoonlijke notities.

MOTIVATIE OF REDEN VOOR DE AANVRAAG

BEHANDELING VAN UW VERZOEK

Huidig formulier dient overgemaakt te worden aan

Herman Ann
Ombudsdienst
St. Jozefskliniek
Ommegangstraat 7
8870 Izegem.
051/33.41.67

Na ontvangst van een volledig ingevuld formulier wordt uw verzoek door de ombudsvrouw overgemaakt aan de bevoegde verantwoordelijke beroepsbeoefenaar voor verdere behandeling.

Binnen de 14 dagen wordt u telefonisch gecontacteerd.

Met deze aanvraag wordt toestemming verleend aan de ombudsdienst om het dossier van de patiënt op te vragen met het oog op het verzamelen van de gevraagde info.

Ondergetekende gaat akkoord met de boven uiteengezette procedure en bepalingen.
Ondergetekende is op de hoogte van de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002.

Opgemaakt in twee exemplaren waarvan één bestemd voor de aanvrager, het andere exemplaar wordt toegevoegd aan het patiëntendossier.

Handtekening aanvrager

Datum

BESTEMD VOOR DE OMBUDSVROUW

De aanvraag werd ontvangen op

Het gevraagde afschrift werd persoonlijk en strikt vertrouwelijk overgemaakt op
in aanwezigheid van de ombudsvrouw ☐ ja ☐ neen.

ADMINISTRATIEVE KOSTEN

GRATIS

Handtekening
aanvrager

Datum

Handtekening ombudsvrouw

MACHTIGING VOOR EEN **VERTROUWENSPERSOON** AANGEDUID DOOR DE PATIENT

Hierbij geeft ondergetekende patiënt (naam patiënt), geboren op ° toestemming aan dr.
om aan de heer (naam van de vertrouwenspersoon) afschrift van zijn patiëntendossier te verschaffen.

Datum:

Handtekening van de patiënt

Handtekening van de vertrouwenspersoon

.....

.....