

## IDENTITEIT VAN DE PATIENT

- Naam: Voornaam:
- Adres
- Geboortedatum:

## 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. Aan deze vertrouwenspersoon kan enkel een afschrift worden verleend na het invullen van het hiervoor bestemde aanvraagformulier. Indien deze vertrouwenspersoon een beroepsbeoefenaar is, kan hij ook afschrift bekomen van de persoonlijke notities.

## 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

.....

.....

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

---

#### DE GEWENSTE GEGEVENS HEBBEN BETREKKING OP :

hospitalisatie op afdeling      periode: van      tot      .

- medische gegevens
- verpleegkundige gegevens
- andere : .....

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.

Ondergetekende gaat akkoord met de bovenuiteengezette 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 BEROEPSBEOEFENAAR

Dr.  
Dhr/Mevr.

geeft toestemming aan de heer \_\_\_\_\_ een afschrift aan te vragen van de hoger gevraagde gegevens met uitzondering van de persoonlijke notities en de gegevens die betrekking hebben op derden;

ingeval van therapeutische exceptie:

Opmerking : het patiëntendossier bevat een schriftelijke motivering van de weigering van informatie door de behandelend geneesheer

kan na overleg met dr. \_\_\_\_\_ geen toestemming verlenen aan de heer \_\_\_\_\_ om een afschrift te bekomen van de gevraagde gegevens nu het meedelen van deze gegevens een ernstig nadeel voor de gezondheid van de patiënt met zich zou meebrengen;

verleent aan dr. \_\_\_\_\_ toestemming om afschrift te bekomen van de gevraagde gegevens

geeft toestemming aan dr. \_\_\_\_\_ om in zijn hoedanigheid van vertrouwenspersoon van de patiënt een afschrift aan te vragen van de hoger vermelde gegevens met inbegrip van de persoonlijke notities;

weigert afschrift omdat hij van oordeel is dat zijn beroepsgeheim jegens derden in het gedrang zou komen.

## 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

---