

## Aanvraag inzage / afschrift / wijziging / aanvulling / vernietiging medische / verpleegkundige gegevens

Gegevens patiënt	Gegevens aanvrager / gemachtigde indien u een aanvraag doet namens genoemde patiënt
familienaam man	familienaam man
familienaam vrouw	familienaam vrouw
voorletter(s) <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	voorletter(s) <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
geboortedatum / /	geboortedatum / /
adres	adres
postcode	postcode
woonplaats	woonplaats
telefoonnummer overdag	telefoonnummer overdag
e-mailadres	e-mailadres

*De patiënt verleent bij ondertekening van dit formulier éénmalig toestemming aan de gemachtigde.*

### Gegevens aanvraag u bent verplicht een kopie van een geldig identiteitsbewijs mee te sturen

- Wat voor soort aanvraag wilt u doen?** aankruisen wat van toepassing is
  - ik wil **inzage** in medische / verpleegkundige gegevens
  - ik wil een **afschrift** van medische / verpleegkundige gegevens
  - ik wil een **kopie** van een röntgenfoto / MRI
  - ik wil een **cd/dvd** met verslag en beelden van een onderzoek.
  - ik wil medische / verpleegkundige gegevens laten **wijzigen / aanvullen / vernietigen**  
→ Wilt u op de achterzijde aangeven welke gegevens gewijzigd of vernietigd dienen te worden en waarom?
  - ik wil een afschrift van de logging gegevens (wie toegang/inzage heeft gehad in de medische gegevens)
- Over welke soort ziekenhuisbezoek gaan deze gegevens?** aankruisen wat van toepassing is
  - het betreft een **poliklinische behandeling / consult** (poliklinisch dossier)
  - het betreft een **ziekenhuisopname** (klinisch dossier)
- 3a. In welke periode was het ziekenhuisbezoek?**  
 datum van / / datum tot / /
- 3b. Waar was het ziekenhuisbezoek?** aankruisen wat van toepassing is  
 op ziekenhuislocatie:  Amstelveen (voormalig Drechtsteden ziekenhuis locatie Refaja)  Zwijndrecht  
 Dordrecht (voormalig Merwede ziekenhuis locatie Dordrecht)  Sliedrecht
- 3c. Bij welk specialisme vond de behandeling plaats?**  
 het was een behandeling bij de

### Ondertekening

datum / /

handtekening patiënt

datum / /

handtekening gemachtigde indien van toepassing

### In te vullen door medewerker Albert Schweitzer ziekenhuis

nummer identiteitsbewijs patiënt datum / /

nummer identiteitsbewijs gemachtigde datum / /

paraaf medewerker

