



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?
- 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 de ziekenhuislocatie:
 - Amstelveen (voormalig Drechtsteden ziekenhuis locatie Refaja)
 - Dordrecht (voormalig Merwede ziekenhuis locatie Dordrecht)
 - Zwijndrecht
 - 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

Wie heeft recht op inzage in en kopie van uw medisch dossier?

- U heeft het recht uw eigen medisch dossier in te zien en een kopie hiervan te ontvangen.
- Uw familieleden hebben alleen recht op inzage in of een kopie van uw medisch dossier als u hen daartoe schriftelijk heeft gemachtigd.
- Ouders en wettelijk vertegenwoordigers van kinderen tot twaalf jaar hebben recht op directe inzage in of kopie van het medisch dossier van hun kind.
- Kinderen tussen de twaalf en zestien jaar moeten persoonlijk instemmen met het opvragen van hun medisch dossier.
- Iedereen die ouder is dan zestien jaar beslist zelfstandig over (toestemming tot) inzage.
- Een niet-gezaghebbende ouder heeft geen recht op inzage in of een kopie van het medisch dossier van een kind.

Procedure

- De volgende stukken hebben wij nodig om uw aanvraag te kunnen verwerken:
 - Aanvraag voor uzelf: aanvraagformulier en kopie van uw identiteitsbewijs
Bij een verzoek tot wijziging / aanvulling / vernietiging: ook een schriftelijke motivering meesturen.
 - Aanvraag voor een andere persoon: aanvraagformulier, kopie van uw identiteitsbewijs, kopie van het identiteitsbewijs van de patiënt, machtiging van de betreffende persoon en schriftelijke motivering
 - Aanvraag voor een overleden persoon: aanvraagformulier, kopie van uw identiteitsbewijs en schriftelijke motivering.

Vertoning van een geldig identiteitsbewijs is verplicht.

NB: De familie van een overleden patiënt heeft niet zonder meer recht op een kopie van het medisch/verpleegkundig dossier. Wettelijke bescherming van de privacy van de patiënt geldt ook na overlijden. De behandelaar van de overleden patiënt moet bepalen of de overledene bij leven geen bezwaar zou hebben gehad tegen verlenen van inzage of kopie van het dossier.

- **De stukken moeten worden gezonden naar:**

Albert Schweitzer ziekenhuis

T.a.v. Medisch Archief locatie Dordwijk

Postbus 444

3300 AK DORDRECHT

- U ontvangt een schriftelijke bevestiging van uw aanvraag. De afhandeling van uw verzoek duurt vier weken.
- Uw verzoek wordt aan de betrokken specialist of diens plaatsvervanger voorgelegd.
- Voor inzage wordt door het Medisch Archief of de betrokken specialist een afspraak met u gemaakt.
- Een kopie of afschrift van het dossier dient door u afgehaald te worden aan de balie van de Patiëntenregistratie onder vertoon van uw legitimatiebewijs. U krijgt bericht wanneer deze klaar ligt. Bij uitzondering wordt de kopie aangetekend verstuurd. U dient hiervoor eerst contact op te nemen met de medewerker van het Medisch Archief.
- Indien gewenst gebeurt de inzage of wijziging / aanvulling / vernietiging in aanwezigheid van de betrokken specialist, diens plaatsvervanger of een bevoegde derde.

Als u vragen heeft over dit formulier of deze procedure kunt u telefonisch contact opnemen met het Medisch Archief, telefoonnummer 078 – 654 11 99.

Bovengenoemde procedure vloeit voort uit de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO).

Toelichting en motivatie
