

AANVRAAGFORMULIER

- INZAGE van gegevens uit het patiëntendossier van een OVERLEDEN PATIËNT -

In uitvoering en volgens de modaliteiten van artikel 9 van de wet op de patiëntenrechten van 22 augustus 2002

Toelichting

- Er kan bij wet enkel **een inzage** van het dossier van een overleden patiënt toegestaan worden, geen afschrift.
- De inzage van het dossier van een overleden patiënt kan enkel gebeuren door een door de aanvrager aangeduide **beroepsbeoefenaar** (arts, verpleegkundige, vroedvrouw, apotheker, tandarts, paramedicus).
- De inzage vindt steeds plaats in **AZ Maria Middelares** of **Sint-Vincentius Deinze**.
- De inzage kan **aangevraagd** worden door echtgeno(o)t(e), partner, en bloedverwanten tot en met de tweede graad. Binnen deze groep is er geen hiërarchie voorzien; iedereen heeft een autonoom recht.
- De inzage kan enkel gebeuren mits **gemotiveerd en gespecificeerd verzoek**, en indien de overleden patiënt zich hiertegen niet uitdrukkelijk heeft verzet.
- De inzage is **beperkt** tot de gegevens waarop de motivering betrekking heeft.

Identiteit van de overleden patiënt

Naam : Voornaam :
Geboortedatum : Datum van overlijden:
Laatste adres :

Aanvrager *(kopie identiteitskaart toevoegen a.u.b.)*

Naam : Voornaam :
Adres :
Telefoonnummer :
E-mail: @

Relatie tot de overledene

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Echtgenoot <i>(attest samenwoningst bijvoegen)</i> | <input type="checkbox"/> Kind <i>(kopie identiteitskaart bijvoegen)</i> |
| <input type="checkbox"/> Wettelijk samenwonende partner <i>(attest samenwoningst bijvoegen)</i> | <input type="checkbox"/> Kleinkind <i>(kopie identiteitskaart bijvoegen)</i> |
| <input type="checkbox"/> Feitelijk samenwonende partner <i>(attest samenwoningst bijvoegen)</i> | <input type="checkbox"/> Grootouder <i>(kopie identiteitskaart bijvoegen)</i> |
| <input type="checkbox"/> Ouder <i>(kopie identiteitskaart bijvoegen)</i> | <input type="checkbox"/> Broer/zus <i>(kopie identiteitskaart bijvoegen)</i> |

Gewenste gegevens

- Hospitalisatie** op afdeling:
Periode/data:
- Raadplegingen** bij dienst/dokter:
Periode/ data:

Motivatie voor de aanvraag

.....
.....
.....

Machtiging voor de beroepsbeoefenaar (zie 'toelichting')

Hierbij geeft ondergetekende,

..... (naam aanvrager)

aan AZ MARIA MIDDELARES de toestemming om aan

..... (naam beroepsbeoefenaar),

..... (functie beroepsbeoefenaar),

..... (adres beroepsbeoefenaar),

..... (rijksregisternr. beroepsbeoefenaar),

inzage te verlenen in de gegevens uit het patiëntendossier van

..... (naam patiënt)

Handtekening aanvrager

Handtekening beroepsbeoefenaar

Datum

.....

U verstuurt dit formulier ingevuld en ondertekend naar AZ Maria Middelares (Buitenring Sint-Denijs 30, 9000 Gent) of via e-mail (afschriftpatientdossier@mijnziekenhuis.be).

Zodra de nodige voorbereidingen zijn getroffen, wordt u verwittigd, en wordt de beroepsbeoefenaar uitgenodigd voor de inzage.

Ondergetekende gaat akkoord met de bovenstaande bepalingen

Handtekening aanvrager

Datum

.....