

Met dit formulier kunt u aanvragen om van uw medische gegevens een kopie te ontvangen, uw gegevens te wijzigen of te vernietigen. Het Albert Schweitzer ziekenhuis gaat vertrouwelijk om met de gegevens die u ons geeft.

Op de achterkant van dit formulier leest u wat u moet doen om deze aanvraag te versturen.

## Aanvraag kopie / wijzigen / vernietigen medische gegevens

Gegevens patiënt	Gegevens aanvrager / gemachtigde indien u een aanvraag doet namens genoemde patiënt
achternaam _____	achternaam _____
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 _____	telefoonnummer _____
e-mailadres _____	e-mailadres _____

**U bent verplicht een kopie van een geldig identiteitsbewijs mee te sturen**

### Gegevens aanvraag

**1. Aanvraag medische gegevens aankruisen wat van toepassing is**

- Ik wil een uitdraai van mijn poliklinische gegevens  
 Ik wil een uitdraai van mijn verpleegkundige gegevens

**Medische beelden**

- Ik wil de radiologische beelden digitaal doorgestuurd krijgen (**deze kunt u zelf opvragen, bel 078-6523751**)  
 Ik wil verslagen van de radiologische beelden

**Overige aanvragen graag uw toelichting en motivatie invullen op achterzijde**

- Ik wil mijn medische/verpleegkundige gegevens  
 Wijzigen en/of aanvullen  
 Vernietigen

**2. Wat is de periode waarvan u de gegevens op wilt vragen?**

datum van        /        / \_\_\_\_\_ datum tot        /        / \_\_\_\_\_

**3. Van welke specialisatie wilt u de gegevens opvragen?**

\_\_\_\_\_

**Graag uw toelichting en motivatie invullen op achterzijde (voor het opvragen van uw eigen medische gegevens is dit niet nodig).**

### Ondertekening

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

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 \_\_\_\_\_

