



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

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

- 1. 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?

- 2. 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)
 Sliedrecht
 Zwijndrecht

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

