

Inzage/afschrift dossier

U heeft het recht om, zelf of met behulp van een hulpverlener in de gezondheidszorg die u als vertrouwenspersoon aanstelt, uw dossier in te kijken of een afschrift op te vragen.

De aanvraag hiertoe verloopt schriftelijk.

Wilt u graag het dossier inkijken of wenst u een afschrift van uw dossier?

Via onderstaande documenten kan u schriftelijk een afschrift / inzage van uw dossier aanvragen. Wij vragen geen vergoeding voor een afschrift van uw dossier.

U kan de schriftelijke aanvraag op verschillende manieren terugsturen:

- u stuurt het ingevulde en ondertekende formulier samen met een kopie van uw identiteitskaart aan CAR t Vlot, Kallobaan 5. 9120 Beveren
- u bezorgt het via e-mail: administratie@reva-beveren.be
- u bezorgt het aan het onthaal van het revalidatiecentrum.

Van zodra wij uw schriftelijke aanvraag hebben ontvangen, zal er ten laatste na 14 dagen op uw vraag ingegaan worden

Verzoek om afschrift / inzage van gegevens uit patiëntendossier

IDENTITEIT ZORGGEBRUIKERS

Naam, voornaam: Adres:

..... Geboortedatum:

..... Telefoonnummer:

.....

AANVRAGER

is de patiënt zelf

is niet de patiënt zelf:

Naam, voornaam:

Adres:

Telefoonnummer:

Relatie tot de patiënt:

ouder/voogd van de minderjarige patiënt

vertrouwenspersoon (vervolledig ook bijlage 1)

andere (in geval van overleden patiënt: enkel inzage via beroepsbeoefenaar is mogelijk)

(vervolledig ook bijlage 1):

WELKE INFORMATIE WENST U TE BEKOMEN?

.....

.....

MOTIVATIE OF REDEN VOOR AANVRAAG:

.....

.....

Ondergetekende aanvrager gaat akkoord met de procedure vermeld op de keerzijde van dit formulier.

Handtekening

Datum

Voor ontvangst afschriften / Voor inzage dossier Naam

.....

Handtekening

Datum

Bijlage 1: Aanwijzing van een VERTROUWENSPERSOON

Ik,(voornaam en naam patiënt OF ouder/voogd van de minderjarige patiënt OF partner/verwant tot en met de tweede graad van de overleden patiënt), wijs hierbij de volgende persoon aan als mijn vertrouwenspersoon die ook zonder mijn aanwezigheid volgende rechten kan uitoefenen:

O Het patiëntendossier inzien

Periode: (bijv. tot een bepaalde datum, voor onbepaalde duur)

Naam van de beroepsbeoefenaar bij wie die recht geldt (bijv. huisarts):

.....

O Een afschrift vragen van het patiëntendossier (niet mogelijk bij overleden patiënt)

Periode: (bijv. tot een bepaalde datum, voor onbepaalde duur)

Naam van de beroepsbeoefenaar bij wie die recht geldt (bijv. huisarts):

.....

Identiteitsgegevens van de patiënt:

- Adres :

- Telefoonnummer :

- Geboortedatum :

Identiteitsgegevens van de vertrouwenspersoon (moet een beroepsbeoefenaar zijn in geval van overleden patiënt):

- Voornaam en naam:

- Adres: - Telefoonnummer:

.....

- Geboortedatum:

Opgemaakt te , op datum

Handtekening patiënt OF ouder/voogd van de minderjarige patiënt OF partner/verwant tot en met de tweede graad van de overleden patiënt:

Aanbeveling: Het is aangewezen om dit formulier op te maken in 3 exemplaren. Een exemplaar kan bewaard worden door de patiënt, één door de vertrouwenspersoon en één door de beroepsbeoefenaar bij wie de vertrouwenspersoon onder aanwezigheid van de patiënt informatie ontvangt, inzage heeft in het dossier of kopie van het dossier kan maken. Informatie: De patiënt kan op elk moment aan de beroepsbeoefenaar meedelen dat de vertrouwenspersoon niet meer mag optreden zoals hierboven werd aangegeven.