

AANWIJZING VAN EEN VERTROUWENSPERSOON

(Wet betreffende de rechten van de patiënt 22/08/2002 art.7 § 2; art. 9 § 2 en art. 9 § 3).

Ik ondergetekende, (voornaam en naam patiënt invullen) wijs hierbij de volgende persoon aan als mijn **vertrouwenspersoon** die ook zonder mijn aanwezigheid volgende rechten kan uitoefenen:

zich informeren over mijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan

Periode:

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

mijn patiëntendossier inzien

Periode:

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

een afschrift vragen van mijn patiëntendossier

Periode:

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

IDENTITEITSGEGEVENS VAN DE PATIËNT

Naam en voornaam:

Adres:

Geboortedatum:

Telefoon/gsm-nr.:

E-mail:

IDENTITEITSGEGEVENS VAN DE VERTROUWENSPERSOON

Naam en voornaam:

Adres:

Telefoon/gsm-nr.:

E-mail:

Opgemaakt te op (datum)

HANDTEKENING VAN DE PATIËNT:

▪ Formulier opgemaakt in **3 exemplaren**. Eén voor de patiënt, één voor de vertrouwenspersoon en één voor de beroepsbeoefenaar bij wie de vertrouwenspersoon zonder aanwezigheid v/d patiënt informatie ontvangt, inzage heeft in het dossier of kopie van het dossier kan maken.

▪ De patiënt kan op elk moment aan de beroepsbeoefenaar mededelen dat de vertrouwenspersoon niet meer mag optreden zoals hierboven vermeld werd aangegeven.

▪ Formulier te bezorgen t.a.v. de ombudsdienst/medisch secretariaat – Revalidatieziekenhuis RevArte - Drie Eikenstraat 659 te 2650 Edegem.