

VERZOEK TOT INZAGE/AFSCHRIFT PATIËNTENDOSSIER

(Wet betreffende de rechten van de patiënt 22/08/2002 art.9)

VOLMACHT

Ondergetekende, **PATIËNT** (gegevens hierna duidelijk invullen a.u.b.)

Naam en voornaam:
Adres:
Geboortedatum:
Telefoon/gsm-nr.:
E-mail:

Geeft voor **inzage in**
 afschrift van het medische dossier van vermelde patiënt **VOLMACHT** aan:

Naam en voornaam:
Adres:
Telefoon/gsm-nr.:
E-mail:

Deze persoon is:

mijn **VERTROUWENSPERSOON**
Inzagerecht in de persoonlijke notities van de arts is niet mogelijk.
De vertrouwenspersoon dient zich in het ziekenhuis te legitimeren met **dit formulier en Identiteitskaart.**

een **BEROEPSBEOEFENAAR** (hierna aanduiden a.u.b.)
 arts:
 verpleegkundige:
 paramedicus:
 apotheker:
 andere functie:

De aangeduide beroepsbeoefenaar heeft recht op Inzage in de persoonlijke notities van de arts.

De beroepsbeoefenaar dient zich te legitimeren met **dit formulier, identiteitskaart en attest/stempel/diploma dat zijn beroepsbekwaamheid staft.**

REDEN OF MOTIVATIE VAN DE AANVRAAG (*facultatief*)

HANDTEKENING:	DATUM:
----------------------	---------------

U bezorgt dit ingevulde en ondertekende formulier met de nodige legitimatiedocumenten aan :
Revalidatieziekenhuis RevArte, t.a.v. Medisch secretariaat / Ombudsdienst, Drie Eikenstraat 659, 2650 Edegem