

Aanvraagformulier afschrift zorgdossier

Om je aanvraag tot een afschrift zo goed mogelijk te kunnen behandelen, hebben we gegevens van je nodig. Je kan voor hulp bij het invullen van dit formulier terecht bij je behandelend arts, andere zorgverleners van het team en/of onze lokale DPO. Een afschrift van een volledig zorgdossier kan **zeer omvangrijk** zijn. Het kan daarom aangewezen zijn je vraag te **specificeren** tot bijvoorbeeld een bepaalde behandelperiode.

Gelieve dit formulier terug te bezorgen ter attentie van Zorggroep Myna, DPO, Halmaalweg 2, 3800 Sint-Truiden; dpo@zorggroepmyna.be; 011 78 81 44

Identiteit van de patiënt/bewoner/cliënt:

- Naam:
- Voornaam:
- Geboortedatum:/...../.....
- Adres:.....
.....
- Telefoonnummer:
- E-mailadres:.....

Identiteit van de aanvrager:

Patiënt/bewoner/cliënt zelf (zie bovenstaande)

NIET patiënt/bewoner/cliënt zelf (zie verder)

- Naam:
- Voornaam:
- Adres:.....
.....
- Telefoonnummer:
- Relatie tot patiënt/bewoner/cliënt:
 - Ouder of voogd van minderjarige patiënt
 - Gemachtigde vertrouwenspersoon
 - Vertegenwoordiger

Indien gemachtigde vertrouwenspersoon een beroepsbeoefenaar (KB 78) is:

Beroep:..... Legitimatie:

Aanvraag heeft betrekking op:

Inzage

Afschrift

in zijn/haar patiëntendossier betreffende zijn/haar behandeling op

Afdeling	Naam van behandelende arts	Behandelperiode

Andere opmerkingen:.....
.....

Datum:/...../.....

Naam en handtekening patiënt/bewoner/cliënt/aanvrager: