

AANVRAAG- / MACHTIGINGSFORMULIER KOPIE MEDISCH DOSSIER

Met dit formulier kunt u als patiënt iemand machtigen om medische informatie op te vragen bij het Adrz.

Patiënt (naam): _____ M/V¹

Geboortedatum: _____

Wonende op (adres): _____

Telefoon: _____ Email: _____

Geeft hierbij toestemming aan

Naam: _____ M/V¹

Relatie tot patiënt: _____

Wonende op (adres): _____

Email: _____ om namens hem/haar¹ een kopie van zijn/haar¹ medische dossier te vragen bij het Adrz. Ondergetekende geeft het Adrz toestemming de hieronder opgevraagde informatie uit het medisch dossier te verstrekken aan de gemachtigde.

Deze machtiging heeft betrekking op:

- Kopie van (een deel van) zijn/haar patiëntdossier op USB-stick / papier¹
- Kopie zijn/haar basisgegevensset zorg (BGZ) op USB-stick / papier¹
- Een contactoverzicht van zijn/haar ziekenhuisbezoeken (opnames en polikliniekbezoeken) voor o.a. belastingdienst, reisannuleringen, (zorg)verzekering op USB-stick / papier¹

Het betreft gegevens over de behandeling bij (naam arts/specialisme):

Over de periode van _____ tot en met _____

Reden van de aanvraag:

- Second opinion
- Behandeling elders
- Anders namelijk _____

Ophalen / opsturen gegevens:

- Ik kom de gegevens ophalen in het Adrz locatie Goes
- Ik wil de gegevens per post opgestuurd hebben naar het adres van mij / de gemachtigde¹. Dit is voor mijn eigen risico en kopieën van de legitimatiebewijzen zijn toegevoegd.

¹): doorhalen wat niet van toepassing is.

Ondertekening

Handtekening patiënt	Handtekening gemachtigde
Naam; _____ Plaats: _____ Datum: _____	Naam: _____ Plaats: _____ Datum: _____

Uitleg aanvraag- / machtigingsformulier kopie medisch dossier*Hoe vraagt u een kopie van de medische gegevens aan?*

1. Vul dit aanvraagformulier in en onderteken het formulier (zowel patiënt als gemachtigde)
2. Maak een kopie van uw legitimatiebewijs (patiënt) en een kopie van het legitimatiebewijs van de gemachtigde
3. Stuur het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier samen met de kopieën van de legitimatiebewijzen naar:

Adrz
t.a.v. Centraal punt Medische Dossiers
Postbus 15
4460 AA Goes

per mail: adrz.cmd@adrz.nl

U dient zelf een kopie van uw legitimatiebewijs bij dit formulier te voegen, zodat het Adrz uw identiteit kan verifiëren. Bij het ophalen van de medische gegevens dient de gemachtigde zich te legitimeren met een geldig identiteitsbewijs. Na verificatie worden kopieën van de identiteitsbewijzen vernietigd.

Dit machtigingsformulier is maximaal 1 maand na ondertekening geldig en geldt alleen voor het opvragen van medische gegevens.

Het opzoeken van de gegevens kost tijd. Houd u rekening bij het opvragen van gegevens dat de verwerkingstijd van uw aanvraag 3-4 weken is.

*Wat kunt u aanvragen:***Kopie van (een deel van) zijn/haar patiëntdossier op USB-stick / papier:**

U ontvangt een kopie van uw medische gegevens zoals onderzoekuitslagen, huisartsbrieven en operatieverslagen. U kunt aangeven of u deze gegevens op USB-stick of uitgeprint wilt ontvangen.

Kopie zijn/haar basisgegevensset zorg (BGZ) op USB-stick / papier:

U ontvangt een kopie van de (basis)gegevens die bekend zijn bij het ziekenhuis, waaronder uw NAW-gegevens, door u opgegeven contactpersonen, uitslagen van onderzoeken, actuele medicatielijst, brieven die naar uw huisarts zijn verstuurd. Dit is een gestandaardiseerde set gegevens die voor alle ziekenhuizen in Nederland gelijk is. U kunt aangeven of u deze gegevens op USB-stick of uitgeprint wilt ontvangen.

Een contactoverzicht van zijn/haar ziekenhuisbezoeken (opnames en polikliniekbezoeken) voor o.a. belastingdienst, reisannuleringen, (zorg)verzekering op USBstick / papier:

Dit is een overzicht van uw opnames en afspraken zoals polikliniekbezoeken in het ziekenhuis. U kunt aangeven of u deze gegevens op USB-stick of uitgeprint wilt ontvangen.

Verdere informatie kunt u vinden op www.adrz.nl of kunt u bellen met het Centraal punt Medisch Dossiers. Telefoonnummer 06-12934243 (ma,di,do,vr van 9.00-12.00 uur).

In te vullen door Adrz:

Datum ontvangst Adrz:	
Naam medewerker Adrz:	
Naam patiënt:	