

## ANTRAGS-/VOLLMACHTSFORMULAR ZUR ANFORDERUNG EINER KOPIE DER PATIENTENAKTE

Mit diesem Formular können Sie einer Person eine Vollmacht erteilen, um in Ihrem Namen Patientendaten beim Adrz. anzufordern.

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ m/w<sup>1</sup>

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnhaft in (Adresse): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Erteilt hiermit

Name: \_\_\_\_\_ m/w<sup>1</sup>

Beziehung zum Patienten: \_\_\_\_\_

Wohnhaft in (Adresse): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Vollmacht, um in seinem/ihrer Namen<sup>1</sup> eine Kopie seiner/ihrer<sup>1</sup> Patientenakte beim Adrz anzufordern. Der/die Unterzeichner/in erklärt sich hiermit einverstanden, dass das Adrz der bevollmächtigten Person die nachfolgenden angeforderten Patientendaten aus der Patientenakte übermittelt.

### Diese Vollmacht umfasst:

- Eine Kopie (eines Teils) seiner/ihrer Patientenakte auf einem USB-Stick / in Papierform<sup>1</sup>
- Eine Kopie seines/ihrer Minimaldatensatzes (basisgegevensset zorg - BGZ) auf einem USB-Stick / in Papierform<sup>1</sup>
- Eine Übersicht seiner/ihrer Krankenhaustermine (stationäre und ambulante Versorgung) für u.a. die Steuerbehörden, Reiserücktrittsversicherungen, (Kranken)Versicherung auf einem USB-Stick / in Papierform<sup>1</sup>

Es handelt sich um Informationen zur Behandlung bei (Name des Arztes/der Fachrichtung):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

### Antragsgrund:

- Zweitmeinung
- Andernorts durchgeführte Behandlung
- Andere, und zwar \_\_\_\_\_

### Abholung/Übersendung der Daten:

- Ich hole die Daten persönlich beim Adrz Standort Goes ab.
- Bitte übersenden Sie die Daten an meine Adresse/die Adresse der bevollmächtigten Person<sup>1</sup>. Die Übermittlung der Daten erfolgt auf eigenes Risiko und eine Haftung bei Datenverlust ist ausgeschlossen. Ausweiskopien zum Identitätsnachweis sind beigelegt.

<sup>1</sup>): Nichtzutreffendes streichen.



Unterschrift

Unterschrift des Patienten	Unterschrift der bevollmächtigten Person
Name; _____ Ort: _____ Datum: _____	Name: _____ Ort: _____ Datum: _____

## ANTRAGS-/VOLLMACHTFORMULAR ZUR ANFORDERUNG EINER KOPIE DER PATIENTENAKTE

*Wie können Sie eine Kopie von Patientendaten anfordern?*

1. Füllen Sie das Antragsformular aus. Das Formular ist vom Patienten und der bevollmächtigten Person zu unterschreiben.
2. Machen Sie eine Kopie vom Personalausweis/Reisepass des Patienten und eine Kopie vom Personalausweis/Reisepass der bevollmächtigten Person.
3. Senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Antragsformular mit den Ausweiskopien zum Identitätsnachweis an:

Adrz  
Centraal punt Medische Dossiers  
Postbus 15  
4460 AA Goes

per E-Mail: [adrz.cmd@adrz.nl](mailto:adrz.cmd@adrz.nl)

Bitte fügen Sie dem Formular eine Ausweiskopie zum Identitätsnachweis bei, damit das Adrz Ihre Identität prüfen kann. Bei Abholung der Patientendaten muss sich die bevollmächtigte Person mit einem gültigen Personalausweis/Reisepass ausweisen können. Nach der Überprüfung werden die Ausweiskopien zum Identitätsnachweis vernichtet.

Dieses Vollmachtsformular ist nur einen Monat gültig und gilt nur zur Anforderung von Patientendaten.

Das Aufsuchen der Daten ist zeitaufwendig. Bitte beachten Sie, dass die Bearbeitung Ihres Antrags etwa 3 - 4 Wochen dauert.

*Welche Unterlagen können Sie anfordern:*

### **Eine Kopie (eines Teils) seiner/ihrer Patientenakte auf einem USB-Stick / in Papierform:**

Sie erhalten eine Kopie Ihrer Patientendaten, wie Untersuchungsbefunde, Hausarztbriefe und Operationsberichte. Sie können angeben, ob Sie die Daten auf einem USB-Stick oder in Papierform zugesandt bekommen möchten.

### **Eine Kopie seines/ihrer Minimaldatensatzes (basisgegevensset zorg - BGZ) auf einem USB-Stick / in Papierform:**

Sie erhalten eine Kopie der (Basis)Daten, die dem Krankenhaus bekannt sind. Dazu gehören Ihr Name, Ihre Anschrift, die von Ihnen angegebenen Kontaktpersonen, Untersuchungsbefunde, eine aktuelle Medikamentenliste, Briefe, die an Ihren Hausarzt gesendet wurden. Dabei handelt es sich um einen standardisierten Datensatz, der für alle Krankenhäuser in den Niederlanden gleich ist. Sie können angeben, ob Sie die Daten auf einem USB-Stick oder in Papierform zugesandt bekommen möchten.

### **Eine Übersicht seiner/ihrer Krankenhaustermine (stationäre und ambulante Versorgung) für u.a. die Steuerbehörden, Reiserücktrittsversicherungen, (Kranken)Versicherung auf einem USB-Stick / in Papierform:**

Die Übersicht enthält Ihre ambulanten und stationären Krankenhaustermine. Sie können angeben, ob Sie die Daten auf einem USB-Stick oder in Papierform zugesandt bekommen möchten.

Weitere Informationen finden Sie unter [www.adrz.nl](http://www.adrz.nl) oder rufen Sie einfach die Zentralstelle für Krankenakten (Centraal punt Medisch Dossiers) an. Sprechzeiten: +31 (0)6-12934243 (Mo, Di, Do, Fr 9.00 - 12.00 Uhr).

**Vom Adrz auszufüllen:**

Eingangsdatum beim Adrz:	
Name des Adrz-Mitarbeiters:	
Name des Patienten:	