**VERZOEK TOT INZAGE OF AFSCHRIFT VAN EEN PATIËNTENDOSSIER**

Betreft (gegevens patiënt):

Naam + voornaam: ………………………………………………………………………………………………………………………

Geboortedatum:……………………………………………………………………………………………………………………………

Ondertegekende (gegevens aanvrager):

Naam + voornaam: ………………………………………………………………………………………………………………………

Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefoonnummer: …………………………………………………………………………………………………………………………

Hoedanigheid aanvrager:

Օ Patiënt zelf

Օ Ouder(s)/voogd van de minderjarige patiënt

Օ Bewindvoerder van de meerderjarige gerechtelijk beschermde patiënt

Օ Formele door de gerechtelijk beschermde of wilsongeschikte meerderjarige patiënt aangeduide vertegenwoordiger (schriftelijk bewijs vereist)

Օ Informele door de wilsongeschikte meerderjarige patiënt aangeduide vertegenwoordiger

 Relatie tot de patiënt:

 Օ Gehuwde partner

 Օ Feitelijk of wettelijk samenwonende partner

 Օ Meerderjarig kind

 Օ Ouder of voogd

 Օ Broer of zus

Օ Vertrouwenspersoon (schriftelijk bewijs en identiteit zijn terug te vinden in het patiëntendossier)

Օ Beroepsbeoefenaar aangewezen door de nabestaande(n) van de patiënt ten behoeve van een onrechtstreeks inzagerecht

* Voorwerp van de aanvraag: ……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

* Motivering: ………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

De aanvrager wenst:

Օ Inzage in het patiëntendossier

Օ Afschrift van het patiëntendossier (niet van toepassing voor nabestaanden)

 Te specifiëren:

 Օ Afschrift van het gehele patiëntendossier

 Օ Afschrift van het dossier m.b.t. volgende dienst: …………………..

 Օ Afschrift van het dossier m.b.t. volgende periode: …………………

 Օ Andere: ……………………………………………………………………………………..

Datum Handtekening