

**Verzoek om afschrift van gegevens uit een patiëntendossier****IDENTITEIT VAN DE PATIËNT** **kopie van de identiteitskaart toevoegen a.u.b.**

- Naam en voornaam .....
- Adres .....
- Telefoonnummer .....
- Geboortedatum .....
- Ik wens:
  - een verzending via de post
  - de gegevens persoonlijk te komen afhalen
  - verzending via beveiligde e-mail

**AANVRAGER**

- is de patiënt zelf
- is **NIET patiënt** zelf (*onderstaande gegevens invullen*) **altijd kopie identiteitskaart toevoegen a.u.b.**
- Naam en voornaam .....
- Adres .....
- Telefoonnummer .....
- Relatie tot patiënt
- ouders of voogd van patiënt  
**bij minderjarige patiënten vanaf 15 jaar vragen we het akkoord van de patiënt zelf**
  - gemachtigd vertrouwenspersoon \* **zie onderaan**
  - andere (graag attestering bijvoegen aub): .....

**DE GEWENSTE GEGEVENS**

- **Hospitalisatie** bij afdeling ..... Periode/data: .....
  - Medische gegevens
  - Toegangscodes waarmee u de medische beeldvorming online kan bekijken
  - Laboresultaten
- **Raadpleging** bij dienst ..... Periode/data: .....
  - Medische gegevens
  - Toegangscodes waarmee u de medische beeldvorming online kan bekijken
  - Laboresultaten
- **Andere** .....

**MOTIVATIE OF REDEN VOOR AANVRAAG** (*facultatief*)

Ondergetekende gaat akkoord met de procedure en bepalingen zoals vermeld op de keerzijde van dit formulier.

Handtekening patiënt: ..... Datum: .....

**\* MACTHIGING VOOR EEN VERTROUWENSPERSOON****kopie identiteitskaart toevoegen a.u.b.**

Hierbij geeft ondergetekende patiënt ..... (naam) de toestemming aan UZ Leuven om aan ..... (naam vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger) bovenvermelde informatie uit zijn/haar patiëntendossier te verschaffen.

Handtekening patiënt      Handtekening vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger      Datum

.....      .....      .....

### **WIE KAN AFSCHRIFT AANVRAGEN?**

- 1) de patiënt zelf
- 2) een vertrouwenspersoon, schriftelijk gemachtigd door patiënt
- 3) de ouders of voogd van een minderjarige patiënt of van een meerderjarige, die valt onder het statuut van verlengde minderjarigheid of onbekwaam verklaring
- 4) een vertegenwoordiger van patiënt:
  - die voorafgaand werd benoemd door patiënt om in zijn plaats de patiëntenrechten uit te oefenen indien en zolang hij hiertoe zelf niet in staat zou zijn, mits een schriftelijk bewijs
  - indien de patiënt feitelijk niet in staat is om zelf zijn patiëntenrechten uit te oefenen en er tegelijkertijd geen vertegenwoordiger door patiënt werd benoemd, of deze niet optreedt, dan worden de rechten uitgeoefend door de samenwonende echtgenoot of de wettelijk of feitelijk samenwonende partner
  - indien deze persoon dat niet wenst te doen of ontbreekt, worden de rechten in dalende volgorde uitgeoefend door: een meerderjarig kind, ouder, meerderjarige broer of zus en zoniet, of bij conflict tussen hogergenoemden: door de betrokken zorgverlener, in voorkomend geval in multidisciplinair overleg
- Met het oog op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van patiënt, kan inzage of een afschrift (geheel of gedeeltelijk) geweigerd worden aan een vertegenwoordiger van patiënt. Dan kan dit recht uitgeoefend worden door een door de vertegenwoordiger aangewezen beroepsbeoefenaar.
- Na overlijden van de patiënt kan geen afschrift verleend worden, er is wel een onrechtstreeks inzage recht via een beroepsbeoefenaar. Nabestaanden tot en met de tweede graad kunnen een inzage van het dossier in het ziekenhuis aanvragen via het formulier voor inzage.

### **BEHANDELING van uw verzoek**

- ⇒ U stuurt het ingevulde en ondertekende formulier samen met een kopie van uw identiteitskaart aan UZ Leuven t.a.v. dienst afschrift patiëntgegevens, Herestraat, 49, 3000 Leuven. of bezorgt het via fax: 016/34.46.55 of via e-mail: [afschriftmedischdossier@uzleuven.be](mailto:afschriftmedischdossier@uzleuven.be)
- ⇒ De wet op de patiëntenrechten bepaalt een termijn van 15 dagen (na de ontvangst van uw aanvraag) waarin op uw aanvraag moet ingegaan worden.