



Verzoek inzage of kopie medisch/verpleegkundig dossier

Naam patiënt, voorletter(s):

Geboortedatum :

Adres :

Postcode : Woonplaats:

Tel. nr. : Mobiel nr:

Email adres :

Datum: Handtekening:

Wettelijk vertegenwoordiger (bij kinderen tussen de 12 en 16 jaar en gemachtigde(n)).

Naam wett. vertegenwoordiger :

Adres wett. vertegenwoordiger :

Postcode: : Woonplaats:

Tel. nr. : Mobiel nr:

Email adres :

Datum: Handtekening:

Vul dit gedeelte in wanneer de aanvrager een ander is dan de hierboven genoemde patiënt. Dit geldt ook voor de wettelijk vertegenwoordiger (indien van toepassing). Hiermee geeft de patiënt en/of diens wettelijk vertegenwoordiger toestemming aan onderstaande persoon om zijn/haar medische gegevens op te vragen.

Naam aanvrager:

Adres aanvrager:

Postcode aanvrager: Woonplaats:

Tel. nr. : Mobiel nr:

Email adres :

Datum: Handtekening:

Kruis hieronder aan wat u wilt aanvragen (meerdere antwoorden mogelijk):

- Verzoek om inzage medisch dossier Verzoek om inzage verpleegkundig dossier
- Verzoek om kopie medisch dossier Verzoek om kopie verpleegkundig dossier
- Verzoek om radiologie onderzoeken op CD-rom van datum:
- Verzoek om foto's van medische fotografie op CD-rom van datum:
- Diversen:

Betreft poliklinische behandeling van tot

Betreft de opname van tot

Naam behandelend arts:

Behandeld in: Gelre Apeldoorn / Gelre Zutphen / Gelre polikliniek Dieren / Gelre polikliniek Epe /
Gelre polikliniek Lochem (doorhalen wat niet van toepassing is)



Wat is de reden van dit verzoek?

(U bent niet verplicht dit in te vullen, maar deze informatie kan de functionaris helpen bij het samenstellen van uw dossier. Doelstelling hiervan is deze zo compleet mogelijk bij u aan te leveren.)

.....

.....

.....

.....

.....

Verzenden:

1. Maak een veilige kopie van uw identiteitsbewijs (ID). Een veilige kopie maakt u door met pen schuin door de kopie van uw ID te schrijven: 'kopie voor Gelre ziekenhuizen'. Vermeld ook de datum erbij en laat uw BSN nummer zichtbaar (zie www.rijksoverheid.nl, zoekwoord 'identiteitsbewijs' en kies 'voorkom fraude etc.').
2. Ben je ouder dan 12 jaar, maar jonger dan 16 jaar? Vul dan dit formulier samen met je ouder/ wettelijk vertegenwoordiger in en maak een veilige kopie van het ID-bewijs van jezelf én die van je ouder/ wettelijk vertegenwoordiger. Volg hierbij de instructies onder 1.
3. Het ingevulde verzoek en kopie ID stuurt u aan:
Gelre ziekenhuizen
t.a.v. Afdeling Facilitair Bedrijf, Centraal Medisch Archief
Postbus 9014
7300 DS Apeldoorn

Gelre plaatst de gevraagde gegevens kosteloos in een digitaal document (pdf) op het patiëntenportaal MijnGelre. Zodra dit gebeurt ontvangt u een bericht via e-mail. In deze e-mail treft u een wachtwoord aan. Om het digitale document vervolgens in te zien logt u via uw DigiD in, in het patiëntenportaal. Het document staat onder 'Mijn gegevens>Bestanden'. Met het toegestuurde wachtwoord kunt u het document openen en downloaden. Het document is zeven dagen beschikbaar en wordt daarna automatisch verwijderd.

Wilt u het dossier toch liever op papier ontvangen?

De eerste kopie per post is gratis. Voor een volgende kopie vragen wij een vergoeding voor de gemaakte kosten: - € 0,23 cent per pagina - minimaal € 4,50 per dossier - maximaal € 22,50 per dossier. Duplicaat radiologie onderzoeken op CD-rom: minimaal € 12,50, maximaal € 22,50.

Dit verzoek bewaren wij volgens de wettelijke termijnen.

(in te vullen door behandelaar verzoek)
Gezien door:
Soort ID:
Nr. ID:.....
BSN: