Formulier aanvraag kopie medisch dossier

exclusief *radiologiebeelden*
exclusief *dossier Revalidatiecentrum Rijndam*
zie folder 'Kopie of inzage medisch dossier'

1. Doel aanvraag

☐ Ik wil een kopie van **mijn** medisch dossier **(u kunt vraag 4 overslaan)**

☐ Ik wil een kopie van het medisch dossier van een **andere persoon**

2. Welke gegevens wilt u hebben uit het dossier?

(graag aankruisen wat van toepassing is)

☐ Gegevens van poliklinische behandeling(en) / consult(en)	
☐ Gegevens van ziekenhuisopname(s)	
Periode:	t/m
Specialisme(n):	
Naam specialist(en): (eventueel)	

3. Gegevens patiënt *(* verplichte velden)*

Naam*		Voorletter(s)*	
Meisjesnaam* *(indien van toepassing)*		Geslacht	☐ vrouw ☐ man
Geboortedatum*	- -		
Adres*		Huisnummer*	
Postcode*		Woonplaats*	
Burger Service Nr.*			
Patiëntnummer			
Telefoon*		Mobiel	
E-mailadres			

4. Machtiging voor aanvragen/afhalen kopie medisch dossier

Alleen invullen als u iemand anders machtigt om uw patiëntengegevens aan te vragen en/of op te halen. Zonder deze verklaring kunnen wij geen informatie verstrekken!

☐ Hierbij machtig ik de hierna genoemde persoon om een kopie van mijn dossier aan te vragen / op te halen.

Z.O.Z.

Gegevens gemachtigde (* verplichte velden)

*Bent u **nabestaande**? Dan kunt u **niet** via dit formulier een kopie dossier aanvragen van een **overleden patiënt**. Meer informatie vindt u in de folder 'Kopie of inzage medisch dossier'.*

Naam*		Voorletter(s)*	
Adres*		Huisnummer*	
Burger Service Nr*			
Postcode*			
Woonplaats*			
Telefoon*			
E-mailadres			
Relatie tot patiënt*	☐ ouder/voogd van patiënt jonger dan 16 jaar ☐ zoon, dochter, partner van patiënt ☐ wettelijk vertegenwoordiger van wilsonbekwame patiënt ☐ anders, namelijk: ……		

5. Akkoordverklaring

☐ **Ik (patiënt / aanvrager / afhaler) verklaar op de hoogte te zijn van de procedure rondom het opvragen van een kopie van het medisch dossier zoals vermeld op de website en in de folder 'Kopie of inzage medisch dossier'.**	
Plaats:	
Datum:	- -
Handtekening patiënt:	
Handtekening aanvrager/afhaler: *(als niet gelijk aan patiënt)*	
Handtekening ouder 1: *(alleen bij kinderen onder 16 jaar)*	
Handtekening ouder 2: *(alleen bij kinderen onder 16 jaar)*	
Handtekening kind 12 t/m 15 jaar:	

Inleveren formulier:

1. **Scan/fotografeer en mail het formulier naar:**
   aanvraagmedischdossier@ysl.nl *(zorg ervoor dat het formulier goed leesbaar is!)*

2. **Stuur het ingevulde formulier naar:**
   IJsselland Ziekenhuis
   Aanvraag medisch dossier (balie patiëntenvoorlichting)
   Postbus 690, 2900 AR Capelle aan den IJssel