

Formulier verzoek om kopie van medisch dossier

Gelieve dit formulier volledig en in BLOKLETTERS in te vullen

Gegevens patiënt

Naam: _____ Voorletter(s) _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

Patiëntnummer: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Aanvraag datum : _____

Nummer legitimatiebewijs: _____

Gegevens vertegenwoordiger (alleen invullen indien van toepassing)

Naam: _____ Voorletter(s) _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Aanvraag datum : _____

Nummer legitimatiebewijs: _____

Gegevens medisch dossier

Van welke afdeling(en) vraagt u het medisch dossier op?

☐ Orthopedie

☐ Radiologie

☐ Anesthesiologie

☐ Pijnbehandelcentrum

☐ Reumatologie

☐ Revalidatie

Bij welke behandelaar(s) bent u onder behandeling geweest?

Op welke locatie?

- ☐ Nijmegen ☐ Panningen ☐ RealHealth
- ☐ Boxmeer ☐ CWZ
- ☐ Woerden ☐ Geldrop

Voor welke periode vraagt u de gegevens op?

Van: _____ tot _____ (maand/jaar)

Welke gegevens wilt u ontvangen?

- ☐ Kopie huisartsenbrieven en OK-verslagen (Dit is voldoende voor een second opinion)
- ☐ Kopie gehele medische dossier
- ☐ Röntgenfoto's/scans (digitaal d.m.v. link/QR code)

Kosten

Het verstrekken van een kopie van het medisch dossier is in principe kosteloos. Mocht u verzoeken om meer dan één kopie van alle gegevens, dan wordt er een redelijke vergoeding in rekening gebracht.

Ontvangst dossier

- ☐ Ik ontvang mijn gegevens per post
- ☐ Ik ontvang mijn gegevens per aangetekende post (de extra portokosten hiervoor worden in rekening gebracht bij diegene die het dossier opvraagt).
- ☐ Ik ontvang mijn röntgenbeelden/scans digitaal op de mail. Dit kan veilig via een link van Zorgbericht. Hiervoor hebben wij uw emailadres en mobiele telefoonnummer nodig.

Email adres: _____

Mobiel telefoonnummer: 06 - _____

Datum: _____

Handtekening patiënt:

Onderstaande handtekeningen alleen invullen indien u een kopie van het medisch dossier aanvraagt voor iemand anders.

Handtekening vertegenwoordiger 1

Handtekening vertegenwoordiger 2

Handtekening voor akkoord (in te vullen door de Sint Maartenskliniek)

Stuur dit ingevulde formulier **met een kopie van een geldig identiteitsbewijs van de patiënt en zo nodig vertegenwoordiger(s)** naar:

Sint Maartenskliniek

t.a.v. Coördinator Contactcentrum

Postbus 9011

6500 GM Nijmegen

We zullen uw aanvraag zo spoedig mogelijk verwerken, u kunt binnen uiterlijk vier weken een reactie verwachten.

Heeft u vragen over uw aanvraag dan kunt u contact opnemen met de Sint Maartenskliniek via e-mail (contact@maartenskliniek.nl) of tijdens kantoortijden per telefoon (024 – 365 99 11)