

# AANVRAAGFORMULIER

## VERZOEK OM AFSCHRIFT/INZAGE GEGEVENS UIT PATIËNTENDOSSIER

(bewaren in het patiëntendossier)

---

*De persoonlijke notities en gegevens die betrekking hebben op derden, komen niet in aanmerking voor inzage of afschrift. Wanneer de patiënt of zijn vertegenwoordiger een beroepsbeoefenaar aanduidt, kan die inzage of een afschrift vragen van de persoonlijke notities van de zorgverlener.*

---

### IDENTITEIT VAN DE PATIËNT

- Naam en voornaam .....
- Adres .....
- Geboortedatum ...../...../.....
- Telefoonnummer .....

---

### AANVRAGER

- Patiënt zelf**  
(Opmerking: ook een minderjarige patiënt kan een afschrift aanvragen, wanneer hij tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht.)
- Een gemachtigd vertrouwenspersoon (al dan niet samen met de patiënt)**  
(schriftelijke machtiging is noodzakelijk)
  - Naam en Voornaam .....
  - Adres .....
  - Telefoonnummer .....
- Door de patiënt benoemde vertegenwoordiger in geval van wilsonbekwaamheid**  
(schriftelijke machtiging is noodzakelijk)
  - Naam en Voornaam .....
  - Adres .....
  - Telefoonnummer .....
- Ouder of voogd van de minderjarige of van een meerderjarige die valt onder het statuut van verlengde minderjarigheid of onbekwaamheidsverklaring**
  - Naam en Voornaam .....
  - Adres .....
  - Telefoonnummer .....

○ **Aangestelde bewindvoerder voor de persoon**

(Bijzondere toestemming van de Vrederechter is noodzakelijk om (een deel van) de patiëntenrechten van de beschermde persoon uit te oefenen.)

Naam en Voornaam .....

Adres .....

.....

Telefoonnummer .....

○ **Informele vertegenwoordiger in geval de wilsonbekwame patiënt geen vertegenwoordiger benoemd heeft**

Naam en Voornaam .....

Adres .....

.....

Telefoonnummer .....

Relatie tot de patiënt (vervangende volgorde moet gerespecteerd worden):

- Samenwonende echtgenoot of wettelijk/feitelijk samenwonende partner
- Meerderjarig kind
- Ouder
- Meerderjarige broer of zus

---

**MOTIVATIE VOOR HET VERZOEK**

.....  
.....  
.....  
.....

---

**DE GEWENSTE GEGEVENS HEBBEN BETREKKING OP**

- Het medisch dossier: van ..... tot.....
- Het verpleegkundig dossier: van ..... tot .....
- Behandelende arts(en): .....

---

Opgemaakt te ..... op datum .....

**Handtekening aanvrager**