

AANVRAAG TOT INZAGE/AFSCHRIFT PATIËNTENDOSSIER NA OVERLIJDEN

Lees eerst de tekst hieronder aandachtig; het bevat instructies voor het invullen van de aanvraag op pagina 2.

De [Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt](#) bevat de volledige voorwaarden tot inzage in en afschrift van het patiëntendossier. Hieronder vindt u een samenvatting.

- 1) Welke leeftijd had de patiënt op het moment van overlijden?
 - a. 18 jaar of ouder -> ga naar 2)
 - b. Minder dan 18 jaar -> ga naar 3)
- 2) Meerderjarige patiënt
 - a. U bent de echtgeno(o)t(e), partner of bloedverwant tot en met de tweede graad* van de overledene
 - U heeft recht op onrechtstreekse inzage; dit betekent dat een gezondheidszorgbeoefenaar** die u kiest het patiëntendossier mag inkijken;
 - U moet een specifieke reden en een motivering voor uw aanvraag op het formulier schrijven;
 - Enkel de informatie waarover de motivering gaat, kan worden ingezien.

==> Vul vakken 1, 2, 3, 4 en 5 in (vak 6 NIET).

- 3) Minderjarige patiënt
 - a. U bent de ouder of voogd van de overledene
 - U heeft recht op inzage in en afschrift van het patiëntendossier.
 - U heeft recht op toelichting over de inhoud van het dossier.
 - b. U bent een kind, grootouder, kleinkind, broer of zus van de overledene
 - U heeft recht op inzage in en afschrift van het patiëntendossier.
 - U moet een specifieke reden en een motivering voor uw aanvraag op het formulier schrijven.
 - Enkel de informatie waarover de motivering gaat, kan worden geraadpleegd.
 - U heeft recht op toelichting over de inhoud van het dossier.

==> Vul vakken 1, 2, 3, 4 en 6 in (vak 5 NIET).

De documenten ingevuld en ondertekend sturen naar ombudsdienst@azturnhout.be of AZ Turnhout, t.a.v. Ombudsdienst, Rubensstraat 166, 2300 Turnhout.

Zodra we de documenten ontvangen hebben en als ze volledig zijn, verwerken we uw aanvraag binnen de wettelijke termijn van 15 dagen.

* Bloedverwant tot en met de tweede graad = ouders, kinderen, grootouders, kleinkinderen, broers en zussen.

** Gezondheidszorgbeoefenaar = artsen, tandartsen, apothekers, vroedkundigen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, paramedici, beroepsbeoefenaars van een niet-conventionele praktijk.

VAK 1	IDENTITEIT VAN DE PATIËNT: Naam.....Voornaam..... Adres..... Geboortedatum Datum overlijden.....							
VAK 2	DE GEVRAAGDE MEDISCHE GEGEVENS BETREFFEN: <table border="1"> <tr> <th>Naam zorgverlener</th> <th>Periode/data</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Naam zorgverlener	Periode/data				
Naam zorgverlener	Periode/data							
VAK 3	UW NAAM: UW RELATIE MET PATIËNT:							
VAK 4	REDEN VOOR AANVRAAG:							
VAK 5	U GEEFT TOESTEMMING TOT INZAGE AAN: Naam gezondheidszorgbeoefenaar..... Adres..... Telefoonnummer..... <i>We raden u aan om eerst aan deze persoon te vragen of hij/zij bereid is om de inzage te doen.</i>							
VAK 6	DUID HIERONDER TELKENS 1 KEUZE AAN: - Wat wenst u? ☐ Het dossier enkel inkijken; ☐ Het dossier ontvangen als een digitaal/papieren document. - Wenst u bijkomend toelichting te krijgen over de inhoud van het dossier? ☐ Nee ☐ Ja							

Bezorg dit ingevulde en ondertekende document terug aan de ombudsdienst, samen met een **foto/scan/kopie van uw identiteitskaart** en een **document dat de verwantschap tussen u en de patiënt aantoont** (bv. geboorteakte, huwelijksakte,...).

Ik, de aanvrager, ga akkoord met de procedure en de bepalingen zoals vermeld in dit formulier. Ik verklaar bovendien op de hoogte te zijn dat de gevraagde gegevens een persoonlijk en vertrouwelijk karakter hebben.

DATUM

Handtekening van de aanvrager