

Aanvraagformulier Inzage-Kopie patiëntendossier van een ander

Laurentius Ziekenhuis
T.a.v. Inzagefunctionaris
Postbus 920
6040 AX ROERMOND

Geachte meneer/mevrouw,

Hierbij dien ik een verzoek in de klinische / poliklinische* gegevens in te mogen zien van dhr / mw* _____

Het betreft de periode van _____ tot _____

Ik ben ervan op de hoogte dat het inzien van een dossier van een ander alleen in uitzonderingsgevallen is toegestaan. Bij het kopje 'Onderbouwing verzoek' geef ik daarom aan waarom ik de gegevens in wil zien.

In afwachting van uw reactie,

Hoogachtend,

Datum _____

Handtekening aanvrager _____

* doorhalen wat niet van toepassing is

Of stuur uw verzoek naar inzagekopiedossier@lzt.nl

Persoonlijke gegevens aanvrager

Naam + voorletters
(geboortenaam)

Naam echtgenoot
(indien van toepassing)

Adres

Postcode + Woonplaats

Telefoonnummer

E-mailadres

Relatie tot patiënt

Machtiging van patiënt Ja / Nee* Zo ja, kopie machtiging toevoegen

Wettelijke
vertegenwoordiger Ja / Nee* Zo ja, bewijs van vertegenwoordiging toevoegen

Aanvrager wil iemand
meenemen wanneer
inzage wordt verleend Ja / Nee* Zo ja,
Wie _____
Deze persoon dient zich ook te legitimeren.

Persoonlijke gegevens patiënt

Burger Service Nummer

Naam + voorletters
(geboortenaam)

Naam echtgenoot
(indien van toepassing)

Geboortedatum

Indien overleden,
datum van overlijden

Adres

Postcode + Woonplaats

* doorhalen wat niet van toepassing is

Ik verzoek u inzage te verlenen in de klinische / poliklinische* dossiers over de periode

van (datum) _____ tot (datum) _____

Behandelend specialist _____

Motivatie verzoek inzage _____

Kopie dossiers Ja / Nee*
Zo ja, welke gegevens _____

Onderbouwing verzoek kopie _____

Naam _____

Handtekening _____

U dient een kopie van een geldig legitimatiebewijs toe te voegen en, indien van toepassing, een kopie van de machtiging en/of een bewijs van vertegenwoordiging.

In te vullen door de inzagefunctionaris

Verzoek tot inzage akkoord / niet akkoord*

Verzoek om kopie akkoord / niet akkoord*

Onderbouwing verzoek,
indien **niet** akkoord _____

Datum _____

Paraaf inzagefunctionaris _____

* doorhalen wat niet van toepassing is

Laurentius Ziekenhuis
Mgr. Driessenstraat 6
6043 CV Roermond
www.lzr.nl

Patiëntencommunicatie Laurentius Ziekenhuis
F2 - Algemeen - januari 2025