

Aanvraagformulier: **Afschrift medisch dossier overleden patiënt**

Gegevens patiënt:

Naam en voorletters: _____ man vrouw
Geboortedatum: _____
Adres: _____
Postcode en Woonplaats: _____
Datum van overlijden: _____

Naam aanvrager: _____ **Relatie tot patiënt:** _____

Adres: _____
Postcode en woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____
E-mailadres: _____

Verzoekt om: een kopie van / uit het medisch dossier overleden patiënt

Het betreft gegevens over de behandeling bij het specialisme: _____

Vanaf welke periode wilt u gegevens ontvangen:

Om welke reden doet u dit verzoek?

Let op! Slechts onder bepaalde redenen mogen wij u inzage verlenen in het medisch dossier van een overleden patiënt. Voor uitleg hierover verwijzen wij u naar de volgende [folder](#) van de Patiëntfederatie.

Kruis aan welke reden voor u van toepassing is en geef daarbij de noodzakelijke toelichting. Er is recht op afschrift van het medisch dossier van een overledene in enkele gevallen:

In het geval waarbij de patiënt bij leven zijn toestemming heeft gegeven aan de persoon die nu het afschrift opvraagt. Deze toestemming moet schriftelijk of elektronisch zijn vastgelegd door de patiënt of de betrokken zorgverlener. U dient deze schriftelijke of elektronische toestemming aan te kunnen tonen.

Nabestaanden of voormalig vertegenwoordigers mogen een afschrift ontvangen indien zij een mededeling hebben ontvangen vanuit het ziekenhuis over een incident. Nabestaanden zijn: echtgenoot, geregistreerd partner, (groot)ouders, (klein)kinderen, broers en zussen. Het afschrift wordt beperkt tot de informatie met betrekking tot het incident. Om wat voor incident gaat het en bij welk specialisme heeft het incident zich voorgedaan? _____

Een ieder die een persoonlijk, zwaarwegend belang kan aantonen bij het ontvangen van een afschrift van het medisch dossier van de overleden patiënt. De volgende belangen worden aangeduid als zwaarwegend belang:

- Een financieel belang
- Vermoeden van een medische fout
- Afstammingsinformatie
- Erfelijke aandoening

De aanvrager moet concrete aanwijzingen kunnen geven waaruit blijkt dat er daadwerkelijk sprake is van een zwaarwegend belang, dit belang mogelijk wordt geschaad door geheimhouding van de betreffende medische gegevens en het noodzakelijk is om inzage te krijgen in de medische gegevens om het belang te kunnen behartigen. Indien de betrokken zorgverlener beoordeelt dat er een andere mogelijkheid is om het belang te kunnen dienen, gaat dat voor.

Welk zwaarwegend belang heeft u bij de aanvraag en waarom is het noodzakelijk dat wij u het afschrift verstrekken?

In het geval van ouders of voogd(en) van een overleden kind jonger dan 16 jaar, tenzij dit in strijd is met goed hulpverlenerschap. Dit laatste is aan de beoordeling van de betrokken zorgverlener.

Hoe wilt u de gegevens ontvangen? Papier of USB-stick. *(deze wordt door het Dijklander Ziekenhuis verstrekt)*

De USB stick bevat gevoelige medische- en persoonsgegevens en is standaard voorzien van een wachtwoord.

U kunt dit document als PDF bestand terugsturen (mail) of uitprinten en ingevuld per post sturen of inleveren bij het Centraal Medisch Archief. *(zie mail adres en postadres onderaan de volgende pagina)*

[Toelichting aanvraag afschrift patiëntendossier overleden patiënt](#)

U kunt uw verzoek indienen door het bijgaande formulier ingevuld terug te sturen of in te leveren bij het Centraal Medisch Archief (zie onderstaande adressering).

Tussen uw aanvraag en verstrekking van de gegevens zit een periode van 8 weken. Als deze termijn niet haalbaar is, dan wordt u hierover op de hoogte gesteld door een medewerker van het Centraal Medisch Archief.

[Bericht](#)

Zodra uw afschrift gereed is krijgt u een telefonische of schriftelijke bevestiging. In deze bevestiging wordt aangegeven hoe en wanneer u het afschrift kunt afhalen.

[Legitimatie](#)

Bij het afhalen van uw afschrift vragen wij om u zich te legitimeren met een **geldig legitimatiebewijs**: te weten een paspoort, identiteitskaart of rijbewijs.

Ophalen afschrift , in te vullen door medewerker CMA en aanvrager, gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger.		
Patiëntnummer:	Geb. datum:	Legitimatie (paspoort/ID/rijbewijs):
Aanvrager verklaart door middel van zijn/ haar handtekening dat het afschrift van het dossier is ontvangen		
Handtekening aanvrager: _____		Datum: _____
Handtekening gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger: _____		
Indien het afschrift wordt opgehaald door een gemachtigde		
Naam gemachtigde:		
Legitimatie nummer:		
Naam medewerker CMA:		
Datum:		
Handtekening medewerker CMA:		

U kunt het afhalen van uw afschrift ook overdragen aan iemand anders, bijvoorbeeld aan een familielid of vriend. In dat geval gelden extra waarborgen om de vertrouwelijkheid van uw gegevens te garanderen. Wij geven het afschrift alleen af aan iemand anders dan uzelf indien hij / zij de volgende documenten kan tonen:

- een machtiging van u waarin u vermeldt wie het afschrift komt afhalen
- legitimatiebewijs van de persoon die het afschrift afhaalt
- kopie van een legitimatiebewijs van de aanvrager.

Van deze documenten wordt door het Centraal Medisch Archief een aantekening gemaakt.

Contactgegevens Centraal Medisch Archief

E-mail: kopiedossier@dijklander.nl

Telefoon: 0299-457 239 (maandag t/m/ vrijdag van 9.00 -12.00 en 13.00-16.00 uur). Heeft u nog vragen? Neemt u dan gerust contact op met het Centraal Medisch Archief.

Postadres:

Dijklander Ziekenhuis, Waterlandlaan 250
1441 RN Purmerend
T.a.v. Centraal Medisch Archief.