

Aanvraagformulier: **Afschrift patiëntendossier**

Gegevens patient:

Naam en voorletters: _____ man vrouw

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode en Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

E-mail adres: _____

Wanneer de aanvrager een andere persoon is dan de patiënt

(dit is alleen toegestaan bij kinderen jonger dan 16 jaar of wanneer de patiënt beschikt over een wettelijk vertegenwoordiger of gemachtigde)

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

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Verzoekt om een afschrift van de volgende gegevens:

brieven / correspondentie

verslaglegging consulten

medicatie overzicht

lab uitslagen

beeldmateriaal, via [PACSonWEB](#) digitale verstrekking (röntgen, MRI, CT etc.) **zie toelichting beeldmateriaal**

Van het specialisme: _____

Vanaf welke datum tot welke datum wilt u gegevens ontvangen:

(dag-maand-jaar tot dag-maand-jaar) _____

Wat is de reden van uw verzoek? *(u bent niet verplicht om deze vraag te beantwoorden)*

Second opinion Overdracht naar ander ziekenhuis

Anders, nl. _____

Hoe wilt u de gegevens ontvangen?

Papier of op USB-stick *(deze wordt door het Dijklander Ziekenhuis verstrekt)*

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

Alleen volledig ingevulde formulieren worden in behandeling genomen.

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 pagina 3)*

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:		
Legitimatienummer:		
Naam medewerker CMA:		
Datum:		
Handtekening medewerker CMA:		

Toelichting aanvraag afschrift patiëntendossier

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 3 werkdagen. Als deze termijn niet haalbaar is, dan wordt u hierover op de hoogte gesteld door een medewerker van het Centraal Medisch Archief. De periode van 3 werkdagen geldt niet voor de specialismen Kindergeneeskunde en Geriatrie.

Toelichting beeldmateriaal

U krijgt via e-mail een bericht met daarin de link naar [PACSonWEB](#) met een referentienummer, via deze link komt u op de website waar u kiest voor "Referentie" en vult dan het nummer in en in het volgende vak uw geboortedatum, vervolgens accepteert u de algemene gebruiksvoorwaarden en klikt u op "ga naar het onderzoek" hier vindt u dan het beeldmateriaal, u kunt dit naar uw eigen computer downloaden.

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.

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.