

Aanvraagformulier medische gegevens

Lees vóór het invullen van dit aanvraagformulier de informatie op onze website:

www.annaziekenhuis.nl/medische-gegevens-opvragen

Persoonlijke gegevens

Achternaam & voorletters: _____ m / v

Geboortenaam : _____

Geboortedatum : _____ - _____ - _____

Adres : _____

Postcode & woonplaats : _____

Mobiel telefoonnummer : _____

Burgerservicenummer : _____

E-mail : _____

Uw verzoek

- ☐ Ik wil een kopie van mijn medische gegevens
- ☐ Ik wil radiologiebeelden (röntgenfoto's, MRI, CT) digitaal via beveiligde e-mail ontvangen (let op: vul bovenstaand je 06-nummer in i.v.m. de verificatiecode die je per SMS ontvangt).
- ☐ Indien je de radiologiebeelden op DVD wil ontvangen kun je dit hier aangeven (let op: mammografiebeelden gemaakt vanaf augustus 2020 kunnen alleen per beveiligde e-mail worden verstrekt).
- ☐ Overig: _____

Het betreft de volgende medische gegevens:

Specialisme en specialist: _____

Behandelperiode van - tot: _____ (invullen indien van toepassing)

Reden van je verzoek

- ☐ Behandeling door een andere behandelaar niet werkzaam in het Anna Ziekenhuis (o.a. second opinion)
- ☐ Overig

Ophalen of opsturen medische gegevens

- ☐ Ik kom mijn medische gegevens zelf ophalen (let op: radiologiebeelden worden alleen digitaal verstrekt).
- ☐ Via beveiligde e-mail (let op: vul bovenstaand je 06-nummer in i.v.m. de verificatiecode die je per SMS ontvangt). Radiologiebeelden worden, indien van toepassing, in een separate beveiligde e-mail verstuurd.
- ☐ Ik wil dat mijn medische gegevens aangetekend naar mij opgestuurd worden (zie folder "Informatie over je medische gegevens" voor de kosten van het aangetekend opsturen)
- ☐ In verband met behandeling door een andere behandelaar wil ik dat mijn gegevens opgestuurd worden naar (naam specialist, ziekenhuis en adresgegevens):

Aanvullende opmerkingen

Datum en handtekening

Datum : _____ - _____ - _____

Handtekening : _____

De eerste aanvraag is gratis, bij een volgende aanvraag onderstaande autorisatie invullen!**FACTUREER/INCASSO OPDRACHT WGBO AANVRAAG****AUTORISATIE voor facturering en Europees incasso:**

Je verleent hiermee een eenmalige machtiging voor facturering en betaling via Europees Incasso (incasso via IBAN bankrekeningnummer) voor deze WGBO aanvraag. Hiervoor zal door de Anna Zorggroep een zogenaamd volmachtnummer worden toegekend. Je hoeft zelf hierin geen actie te ondernemen. Het aan jou toegekende volmachtnummer kun je terugvinden op je bankafschrift bij deze incasso.

Conform de nieuwe richtlijnen bieden wij de incasso uiterlijk 5 dagen voor de daadwerkelijke uitvoeringsdatum aan bij de bank. Indien je het niet eens bent met de incassering van de WGBO aanvraag, kun je gedurende 5 dagen de incasso weigeren. Daarnaast blijf je het recht behouden om de incasso te storneren binnen 58 dagen nadat de incasso daadwerkelijk is uitgevoerd. Let op: Indien je de incasso weigert of storneert komt deze factuur niet te vervallen. Je zult deze factuur dan alsnog zelf moeten voldoen aan de Anna Zorggroep.

Mocht je, betreffende de Europees incasso, nog vragen/opmerkingen hebben, dan kun je contact opnemen met de financiële administratie: op maandag, dinsdag en donderdag van 9.00 - 13.00 uur, telefoon 040 - 286 4504.

IBAN-nummer:**Rekeninghouder:****Datum:****Handtekening:**

Je volledig ingevulde aanvraagformulier kun je samen met een kopie van je legitimatiebewijs* (zonder postzegel) opsturen naar: Anna Ziekenhuis, t.a.v. afdeling CMA, Antwoordnummer 10031, 5660 VB Geldrop. Of je kunt het mailen naar: cma@st-anna.nl. Een niet-volledig ingevuld aanvraagformulier en/of een aanvraagformulier zonder kopie van je legitimatiebewijs wordt niet in behandeling genomen.

* Met de KopieID-app van de Rijksoverheid maak je met je mobiele telefoon of tablet een veilige kopie van je identiteitsbewijs. Kijk voor meer informatie op:

www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/identiteitsfraude/vraag-en-antwoord/veilige-kopie-identiteitsbewijs