Aanvraagformulier medische gegevens (voor iemand anders)

Dit formulier is voor het opvragen van medische gegevens van iemand anders.

Lees vóór het invullen van dit aanvraagformulier de informatie op onze website:
www.annaziekenhuis.nl/medische-gegevens-opvragen

1. Jouw gegevens

Achternaam & voorletters: _____ m / v
Geboortenaam : _____
Geboortedatum : _____ - _____ - _____
Adres : _____
Postcode & woonplaats : _____
Mobiel telefoonnummer : _____
Burgerservicenummer : _____
E-mail : _____

2. Als wie vraag je medische gegevens opvragen?

☐ Als nabestaande
☐ Als voogd/ouder/wettelijk vertegenwoordiger
☐ Als verzekeraar/advocaat/andere partij, namelijk: _____

3. Van wie wil je medische gegevens opvragen?

Ik vraag de gegevens op van:
Naam: _____
Achternaam: _____
Geboortedatum: _____

4. Welke medische gegevens wil je opvragen?

Vermeld hieronder zo duidelijk mogelijk welke medische gegevens je nodig hebt:
Specialisme en specialist: _____
Behandelperiode (indien van toepassing) van: _____ tot: _____

5. Waarom vraag je deze gegevens op?

☐ ik ben nabestaande en vraag de gegevens op vanwege toestemming
☐ ik vermoed een medische fout
☐ ik heb een financieel of juridisch belang
☐ het gaat om een erfelijke aandoening
☐ het gaat om een afstammingsvraagstuk
☐ ik heb een zwaarwegend belang als voormalig vertegenwoordiger
☐ ik vraag het op als verzekeraar / advocaat / andere partij

Leg hieronder uit waarom je de gegevens opvraagt. Heb je een toestemmingsformulier of ander bewijs? Vermeld dan wat je als bijlage meestuurt.

_____
_____
_____

6. Hoe wil je medische gegevens ontvangen?

☐ Ik kom de medische gegevens zelf ophalen (let op: radiologiebeelden worden alleen digitaal verstrekt).

☐ Ik wil de medische gegevens ontvangen via beveiligde e-mail. Vul hierboven je mobiele telefoonnummer in. Je ontvangt een verificatiecode per sms. Radiologiebeelden worden, als die van toepassing zijn, in een aparte beveiligde e-mail verstuurd.

7. Aanvullende opmerkingen

_____
_____
_____

8. Datum en handtekening

Datum : _____- _____ - _____
Handtekening : _____

Mail het volledig ingevulde en ondertekende formulier samen met een kopie van je geldige legitimatiebewijs naar: **CMA@st-anna.nl**

Je kunt het formulier ook zonder postzegel opsturen naar:

Anna Ziekenhuis
T.a.v. afdeling CMA
Antwoordnummer 10031
5660 VB Geldrop

Een onvolledig ingevuld formulier of een formulier zonder kopie van je geldige legitimatiebewijs kunnen we niet in behandeling nemen.

* 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