

**Gegevens patiënt:**

Voornaam: \_\_\_\_\_ Achternaam (meisjesnaam): \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ BSN nummer: \_\_\_\_\_

Straatnaam en huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

(Mobiele) telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

**Gegevens aanvrager**

U hoeft onderstaande gegevens alleen in te vullen als u zelf niet de patiënt bent, maar de gegevens voor iemand anders opvraagt.

Let op: vraagt u de gegevens op voor uw kind en is uw kind tussen de 12 en 16 jaar?

Dan moeten zowel u als uw kind een handtekening plaatsen aan het einde van dit formulier en moet een kopie van beide legitimatiebewijzen mee worden gestuurd bij dit ingevulde formulier.

**Gegevens aanvrager:**

Voornaam: \_\_\_\_\_ Achternaam (meisjesnaam): \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ BSN nummer: \_\_\_\_\_

Straatnaam en huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

(Mobiele) telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Relatie tot de patiënt: \_\_\_\_\_

## Benodigde medische gegevens

Wij vragen u om zo specifiek mogelijk aan te geven welke gegevens u wilt hebben. Hierdoor kunnen wij u sneller helpen met uw verzoek.

### Het verzoek heeft betrekking op onderstaand(e) specialisme(n):

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anesthesiologie     | <input type="checkbox"/> Interne geneeskunde        | <input type="checkbox"/> Oogheelkunde        |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie         | <input type="checkbox"/> Keel, Neus en Oorheelkunde | <input type="checkbox"/> Orthopedie          |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie           | <input type="checkbox"/> Kaakchirurgie              | <input type="checkbox"/> Reumatologie        |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie        | <input type="checkbox"/> Kindergeneeskunde          | <input type="checkbox"/> Revalidatiegeneesk. |
| <input type="checkbox"/> Geriatrie           | <input type="checkbox"/> Longgeneeskunde            | <input type="checkbox"/> Sportgeneeskunde    |
| <input type="checkbox"/> Gynaecologie        | <input type="checkbox"/> Medische oncologie         | <input type="checkbox"/> Urologie            |
| <input type="checkbox"/> Intensive Care      | <input type="checkbox"/> Medische psychologie       | <input type="checkbox"/> Verloskunde         |
| <input type="checkbox"/> Interne geneeskunde | <input type="checkbox"/> Neurologie                 |  |

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

Van welke periode wilt u de gegevens opvragen?

- De periode van \_\_\_\_\_ t/m \_\_\_\_\_
- Het gehele medische dossier

Ik wil:

- Inzage**  
Binnen 3 weken na ontvangst van uw aanvraag krijgt u bericht.  
Er wordt een afspraak voor inzage gemaakt.
- Kopie**  
Binnen 3 weken na ontvangst van uw aanvraag krijgt u bericht dat de kopieën voor u klaarliggen of ze worden toegestuurd.  
Hoe wilt u de kopieën ontvangen?
  - Ik kom zelf of laat de kopieën ophalen in het ziekenhuis.
  - Ik wil de kopieën graag per (beveiligde) e-mail toegestuurd krijgen.  
Voor deze optie maken wij gebruik van uw e-mailadres en mobiele telefoonnummer. Controleer of deze bij uw gegevens op dit formulier staan ingevuld.
  - Ik wil de kopieën graag (aangetekend) per post toegestuurd krijgen.

Datum verzoek:

---

Handtekening patiënt:

---

Handtekening aanvrager (indien patiënt en aanvrager niet dezelfde persoon zijn):

---

Stuur het ingevulde aanvraagformulier met een kopie van het legitimatiebewijs of legitimatiebewijzen (identiteitskaart, paspoort, rijbewijs of vreemdelingendocument) naar:

**SJG Weert**  
**Afdeling Codering en Digitalisering (dossieradministratie)**  
**Vogelsbleek 5**  
**6001 BE Weert**