

**Formulier A**

**De patiënt vraagt zelf**

**een afschrift van zijn medisch dossier**

*Ik ondergetekende :*

* Naam en voornaam van de patiënt:
…….……………….…….…………………….………………….............................
* Geboortedatum:
……………………….………………….………………...…….………………...……
* Telefoon/GSM:

……………………….………………….………………...…….………………...……

* Adres:
……………………………………………………….…….………………...…….…..

*wenst een afschrift te bekomen :*

* van mijn volledig medisch dossier
* van volgende gegevens uit mijn medisch dossier :
* hospitalisatie: afdeling(en):

datum:

* raadpleging: afdeling(en):

datum:

*Reden voor de aanvraag (facultatief):*

Bestemmeling (één keuzemogelijkheid):

* ikzelf
* toesturen naar mijn postadres (cf. supra)
* mij persoonlijk overhandigen in de kliniek
* mijn huisarts (naam, adres):
…….……………….…….…………………….………………….............................
…….……………….…….…………………….………………….............................…….……………….…….…………………….………………….............................…….……………….…….…………………….………………….............................…….……………….…….…………………….………………….............................
* een arts (naam, adres):

…….……………….…….…………………….………………….............................
…….……………….…….…………………….………………….............................…….……………….…….…………………….………………….............................…….……………….…….…………………….………………….............................…….……………….…….…………………….………………….............................

* andere:

…….……………….…….…………………….………………….............................
…….……………….…….…………………….………………….............................…….……………….…….…………………….………………….............................…….……………….…….…………………….………………….............................…….……………….…….…………………….………………….............................

Ik ga akkoord om de kosten voor het bekomen van mijn dossier te betalen.

Datum en handtekening:

*Dit formulier moet,* ***met een verplichte recto-verso kopie van uw identiteitskaart****, gericht worden aan Micheline De Greef, refentiesecretaresse, Patient Experience departement: Kruidtuinlaan 32 te 1000 Brussel (E-mail: mdegreef@klstjan.be).*