



Formulier B
Een derde vraagt
een afschrift van het medisch dossier van een patiënt

Ik ondergetekende:

- Naam en voornaam:
.....
- Geboortedatum:
.....
- Telefoon/GSM:
.....
- Adres:
.....

handelend in de hoedanigheid van:

- Vertrouwenspersoon: *U moet, ter ondersteuning van uw aanvraag, een schriftelijk akkoord van de patiënt voorleggen dat u bij name toelaat een afschrift van zijn medisch dossier te bekomen en een recto-verso kopie van de identiteitskaart van de patiënt en van de uwe.*
- een wettelijke vertegenwoordiger (een minderjarige of onbekwame meerderjarige): *Voor een onbekwame meerderjarige moet u, ter ondersteuning van uw aanvraag, een document voorleggen dat uw hoedanigheid als wettelijke vertegenwoordiger bewijst (mandaat, gerechtelijke beslissing, band of verwantschap met de patiënt, ...) en een recto-verso kopie van uw identiteitskaart.*

wenst een afschrift te bekomen van het medisch dossier van volgende patiënt:

- Naam en voornaam:
.....



- Geboortedatum:

.....

- Telefoon/GSM:

.....

- Adres:

.....

- van het volledige dossier
- van volgende gegevens :

hospitalisatie:

afdeling:

datum:

raadpleging:

afdeling:

datum:

Reden voor de aanvraag:

Ik informeer de patiënt dat de Kliniek hem de kosten, overeenkomstig de wettelijke bepalingen, kan aanrekenen voor het bekomen van zijn dossier.

Datum en handtekening:

Dit formulier moet, met een verplichte recto-verso kopie van uw identiteitskaart, gericht worden aan het secretariaat van de medische directie: Kruidtuinlaan 32 te 1000 Brussel (E-mail: medischedirectie@klstjan.be).