

## Aanvraagformulier kopie medisch dossier/inzage medisch dossier

### Gegevens patiënt

Naam en voorletters: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Geslacht: 0 man 0 vrouw

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

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

Burgerservicenummer: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### Indien de aanvrager een ander persoon is dan de patiënt

(dit is uitsluitend toegestaan bij kinderen jonger dan 12 jaar of een familielid van een overleden patiënt)

Naam aanvrager: \_\_\_\_\_ Geslacht: 0 man 0 vrouw

Adres aanvrager: \_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Relatie tot de patiënt: \_\_\_\_\_

Burgerservicenummer: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### Details van de aanvraag

#### Betreft dossier specialisme:

0 Kaakchirurgie

Over de periode van: \_\_\_\_\_ t/m \_\_\_\_\_

#### Verzoekt om:

- 0 Inzage in zijn/haar patiëntdossier (u krijgt een afspraak met uw specialist)
- 0 Kopie van zijn/haar patiëntdossier
- 0 Een contactoverzicht van zijn/haar ziekenhuisbezoeken (opnames en polikliniekbezoeken) voor o.a. belastingdienst, reisannuleringen, (zorg)verzekering
- 0 Inzage in de raadpleging van zijn/haar patiëntendossier

**Reden van de aanvraag:**

- 0 Second opinion  
0 gegevens worden door mij opgehaald  
0 gegevens direct mailen naar second opinion arts via emailadres: \_\_\_\_\_
- 0 Behandeling elders  
0 Anders, namelijk \_\_\_\_\_

**Afhaallocatie:**

- 0 Kaakchirurgie ADRZ, 's-Gravenpolderseweg 114, Goes  
0 Victoriakliniek, Koning Gustaafweg 2, Zierikzee  
0 Zorgboulevard, Boulevard Bankert 156b, Vlissingen  
0 Klein Arsenaal, Dubbelstraat 90, Bergen op Zoom  
0 Mondzorgcentrum De Beet, Beethovenhof 3a, Terneuzen

**Dossierinformatie die u kunt verwachten:**

- Elementen basisgegevensset zorg (BgZ)
- Specialistenbrieven
- Ontslagbrieven
- Laboratoriumuitslagen
- Radiologie uitslagen
- Type implantaat

U krijgt een bericht via e-mail of telefoon als de kopieën van uw medisch dossier voor u klaarliggen.

**Hoe wilt u de informatie ontvangen?**

- 0 Op papier  
0 Digitaal (beveiligde USB-stick)

**Toelichting of opmerkingen:**

---

---

**Ondertekening**

Plaats: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening aanvrager:

---

Handtekening minderjarige patiënt van 12 – 16 jaar:

---

Dit formulier is bestemd voor het aanvragen van een kopie van of inzage in uw medisch dossier. Voor het ophalen of inzien van de gegevens dient u naar een van de MKA groep locaties te komen en u te legitimeren met een geldig identiteitsbewijs.

\*MKA groep is een geregistreerde handelsnaam onder Zeeland Care B.V.