

AANVRAAG PATIËNTENDOSSIER

Naam patiënt: BSN:

Geboortedatum: man vrouw

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Mobielnummer: E-mailadres:

U kiest uit 1 OF 2, eventueel aangevuld met 3.

- 1. Digitaal dossier vanaf 1 juni 2015 (geen GGZ).**
De gegevens worden binnen 3 werkdagen, nadat u zich bij ons persoonlijk heeft gelegitimeerd, naar u verzonden per beveiligde email.

- Algemene medische / persoonlijke gegevens
- Specialistenbrieven en ontslagbrieven
- Laboratoriumuitslagen en radiologieverslagen
- Type implantaat
- Actueel medicatieoverzicht
- Een overzicht van uw bezoeken en opnames in het ziekenhuis
- Een overzicht van uw geplande bezoeken/opnames

Wilt u een compleet dossier, dan kruist u keuze 2 aan.

- 2. Medisch dossier en/of verpleegkundig dossier.**
De gegevens worden op papier aangereikt. Dit duurt maximaal 1 maand.
- Medisch dossier (aantekeningen specialist, brieven specialist, uitslagen) Verpleegkundig dossier (aantekeningen verpleegkundigen tijdens opname)

Welke periode?

Welk specialisme(n)?.....

.....

Ik wil de gegevens ophalen bij Patiëntenservice. Locatie: Heerlen Sittard-Geleen

- 3. Medische beelden op CD rom, met of zonder uitslag.**
Als de uitslag door de arts met de patiënt is besproken, wordt de CD rom binnen twee werkdagen aangereikt.

Medische beelden (MRI, CT of andere scans) Met uitslag

Datum onderzoek:

Arts/specialisme:

Ik wil de CD-ROM ophalen bij Patiëntenservice. Locatie: Heerlen Sittard-Geleen

Naam aanvrager*..... Handtekening aanvrager.....

*indien de aanvrager niet de patiënt is, dan dient een machtigingsformulier te worden ingevuld (muv kinderen <12 jaar)

MACHTIGING

- * Uitsluitend van toepassing indien de patiënt niet de aanvrager is of de kopieën niet door de patiënt worden opgehaald.
- * Is uw kind tussen de 12 en 16 jaar oud? Dan zijn een handtekening en een legitimatiebewijs nodig van ouder/verzorger én uw kind.
- * Betreft het een aanvraag voor iemand die wilsonbekwaam is, dan dient u de rechterlijke beschikking mee te sturen.

Verklaring

Naam patient:	.....
Geboortedatum:	.....
Adres:	.....
Postcode:	..... Woonplaats:
Telefoonnummer:	.....

Verleent toestemming aan Zuyderland Medisch Centrum om desgevraagd informatie te verstrekken, dan wel zijn/haar medisch dossier, verpleegkundig dossier en/of medische beelden te verstrekken aan:

Naam gemachtigde:	<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw
BSN:	.....	
Adres:	.....	
Postcode:	.....	Woonplaats:	
Telefoonnummer:	.....	E-mailadres:	
Relatie tot de patiënt:	.....	

Datum: **Handtekening patiënt:**

Handtekening gemachtigde:

Zuyderland MC, locatie Heerlen
Afdeling Patiëntenservice
Postbus 5500
6130 MB Sittard-Geleen
patientenservice@zuyderland.nl

Zuyderland MC, locatie Sittard-Geleen
Afdeling Patiëntenservice
Postbus 5500
6130 MB Sittard-Geleen
patientenservicebureau@zuyderland.nl