

## Inzageverzoek medische gegevens

Wenst u uw medische gegevens in te zien? Met dit aanvraagformulier kunt u uw medische gegevens opvragen.

### **Dat doet u als volgt:**

- Stuur het ingevulde aanvraagformulier op naar Care4homecare.
- Voer een kopie van uw geldig identiteitsbewijs/paspoort bij, deze vernietigen we direct na beoordeling van uw aanvraag.
- Noteer op de kopie de datum van afgifte.
- Noteer op de kopie en dat het bestemd is voor Care4homecare ten behoeve van inzageverzoek medische gegevens.

### **Het verzendadres:**

Care4homecare  
de Weegschaal 14  
5215 MN 's-Hertogenbosch

### **Vraagt u inzage in medische gegevens voor iemand anders aan?**

Stuur dan ook een kopie van uw eigen (geldige) identiteitsbewijs/paspoort mee, als ook een machtiging waarmee u aantoont dat u bevoegd bent om namens de patiënt zijn of haar dossier op te vragen.

### **We gaan er direct mee aan de slag**

Binnen zeven werkdagen na ontvangst van uw aanvraag beoordelen we of de aanvraag compleet is. Is de aanvraag akkoord bevonden? Dan sturen wij het medische dossier binnen drie werkdagen naar u toe.

Heeft u vragen? U bereikt ons tijdens kantooruren op **T** 088 318 00 00.

*Ga verder op de achterzijde van dit formulier.*

## Aanvraagformulier

### Gegevens van patiënt

Naam en voorletters: \_\_\_\_\_  
Achternaam (zoals in paspoort): \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

### Gegevens van gemachtigde (indien van toepassing)

Naam en voorletters: \_\_\_\_\_  
Achternaam (zoals in paspoort): \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
Relatie tot patiënt: \_\_\_\_\_

### Reden verzoek (aankruisen wat van toepassing is)

- Second opinion
- Voortzetting behandeling elders
- Anders

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Naam en handtekening:

\_\_\_\_\_

U ontvangt binnen de wettelijke gestelde termijn reactie op uw aanvraag.

Een eerste kopie is gratis. Bij een volgende kopie vragen wij een vergoeding van €4,50 of bij 100 pagina's of meer €22,50.

(in te vullen door behandelaar verzoek)

Datum ontvangen: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Handtekening behandelaar:

Gezien door: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_