

Aanvraag afschrift medisch dossier

Patiëntgegevens (in te vullen door de aanvrager, gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger)		
Naam:	Datum aanvraag:	
Adres:	M* / V* (*doorhalen wat niet van toepassing is)	
Postcode:	Woonplaats:	
Telefoonnummer: (verplicht)	Geboortedatum:	
E-mailadres:	Locatie ziekenhuis: <input type="checkbox"/> Purmerend <input type="checkbox"/> Hoorn	
Welke gegevens wilt u aanvragen:		
Specialisme(n):	Periode:	
Correspondentie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee (huisartsenbrieven, ok verslagen, etc.)	Gegevens verstrekken op: <input type="checkbox"/> USB-stick of <input type="checkbox"/> papier	
USB-stick met wachtwoord: <input type="checkbox"/> nee*		
USB-stick De USB stick is uw eigendom. Het ziekenhuis aanvaardt geen aansprakelijkheid bij verlies en of oneigenlijk gebruik. Er staan veel gevoelige medische en persoonsgegevens op de USB-stick. *Voor uw veiligheid wordt de usb-stick standaard voorzien van een wachtwoord, u kunt aanvinken indien u dit niet wilt.		
Consulten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee (1 ^e contact en vervolgsconsulten)	Laboratorium uitslagen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee (bloed, pathologie, MML)	
Overzicht implantaten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee (indien van toepassing)	Medische beeldvorming: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee (CT, MRI, Röntgen, Echo etc)	
Overig:		
Reden aanvraag: (niet verplicht)		
Ophalen afschrift (in te vullen door medewerker PSP/CMA en aanvrager, gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger)		
Patiëntnummer:	Geb. datum:	Soort legitimatie (Paspoort / ID / Rijbewijs)
		Legitimatienummer:
Aanvrager verklaart door middel van zijn/haar handtekening dat het afschrift medisch dossier is ontvangen. Handtekening aanvrager: Datum: Handtekening gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger:		
Indien het afschrift dossier wordt opgehaald door een gemachtigde:		
Naam gemachtigde:		
Legitimatie-nummer:		
Paraaf medewerker CMA:		

Toelichting aanvraag afschrift medisch dossier

U kunt uw verzoek indienen door op dit formulier uw gegevens in te vullen en terug te sturen of in te leveren. Dit kan bij het Centraal Medisch Archief. (zie adressering)

Tussen uw aanvraag en verstrekking van uw gegevens zit een minimale periode van 3 werkdagen.

Indien de termijn van 3 dagen niet haalbaar is, dan wordt de aanvrager hierover geïnformeerd door het CMA.

Legitimatie

Als u de afschriften komt ophalen zullen wij u vragen zich te legitimeren met een geldig legitimatiebewijs; te weten een paspoort, identiteitskaart of rijbewijs.

Let op!

U kunt het afhalen van uw afschrift medisch dossier ook overdragen aan iemand anders, bijvoorbeeld aan een familielid of vriend. Voor die procedure gelden extra waarborgen om de vertrouwelijkheid van uw medische gegevens te garanderen. Wij geven uw dossier alleen af aan iemand anders dan uzelf indien hij/zij de volgende documenten bij zich heeft:

- een machtiging van u waarin u heeft vermeld wie het dossier komt afhalen;
- legitimatiebewijs van de afhaler.
- kopie van een legitimatie van de aanvrager

Van deze documenten wordt door het CMA een aantekening gemaakt.

Heeft u nog vragen over uw dossier aanvraag?

Locatie Purmerend Centraal Medisch Archief U heeft nog vragen? dan kunt ons als volgt bereiken: Telefoonnummer: 0299-457 239 (ma. t/m vr. 09.00-12.00 en 13.00 –16.00 uur) E-mail: Kopiedossier@westfriesgasthuis.nl	Postadres Purmerend Dijklander Ziekenhuis, Centraal Medisch Archief Postbus 250 1440 AG Purmerend
---	---