

Aanvraagformulier verzoek tot kopie van eigen medisch dossier op USB stick

Gegevens patiënt

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Patiëntnummer:

Nummer legitimatiebewijs:

Paspoort Rijbewijs ID-kaart

Gegevens Groene Hart ziekenhuis

Hierbij verzoek ik het Groene Hart Ziekenhuis om een digitale kopie van mijn medisch dossier van na 1 januari 2017 op USB-stick. Voor een kopie van uw gegevens van voor 2017 of voor specifieke gegevens, bijvoorbeeld: (radiologie)beelden of een specifieke verwijfsbrief dient u andere aanvraagformulieren te gebruiken.

Geef aan van welk specialisme u uw dossier wenst te ontvangen:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologie | <input type="checkbox"/> Kaakchirurgie | <input type="checkbox"/> Plastische chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Anesthesie | <input type="checkbox"/> Kindergeneeskunde | <input type="checkbox"/> Reumatologie |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie | <input type="checkbox"/> KNF | <input type="checkbox"/> Revalidatiegeneeskunde |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> KNO | <input type="checkbox"/> Spoedeisende Hulp (SEH) |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Longgeneeskunde | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> Geriatrie | <input type="checkbox"/> Neurologie | |
| <input type="checkbox"/> Gynaecologie | <input type="checkbox"/> Oogheelkunde | <input type="checkbox"/> Verpleegkundig dossier |
| <input type="checkbox"/> Intensive Care | <input type="checkbox"/> Orthopedie | |
| <input type="checkbox"/> Interne geneeskunde | <input type="checkbox"/> Pijnpoli | |

Handtekening patiënt:

Datum:

Uw ingevulde aanvraagformulier kunt u samen met een kopie van uw legitimatiebewijs sturen aan:

Groene Hart Ziekenhuis,
t.a.v. Afdeling Centraal medisch archief, B 2.31,
Postbus 1098,
2800 BB GOUDA.

Of e-mail : dossieraanvragen@ghz.nl

Aanvraagformulier verzoek tot kopie van eigen medisch dossier op USB stick**In te vullen door GHZ-medewerker (CMA):**

Controle legitimatie aanvraag	
Het legitimatiebewijs is geldig	Akkoord JA / NEE
De identiteitsgegevens komen overeen met die op het legitimatiebewijs	Akkoord JA / NEE
Naam medewerker CMA	
Datum en paraaf medewerker CMA	

In te vullen door GHZ-medewerker (Receptie):

Afgifte aan patiënt	
Het legitimatiebewijs is geldig	Akkoord JA / NEE
De identiteitsgegevens op de aanvraag komen overeen met die op het legitimatiebewijs	Akkoord JA / NEE
Naam Medewerker	
Datum en paraaf medewerker receptie	

In te vullen door patiënt bij ophalen van de USB-stick:

Na ontvangst van de USB-stick is de patiënt/aanvrager zelf verantwoordelijk voor zorgvuldig gebruik en bewaren van de USB-stick en de hierop opgeslagen medische gegevens. Het GHZ is niet aansprakelijk voor verlies en/of diefstal.

Akkoord ontvangst USB-stick	
Datum	
Handtekening patiënt	