

3.1 b Formulier verzoek inzagerecht vertegenwoordiger van de patiënt

Bij deze verzoek ik als vertegenwoordiger van de patiënt:

Gegevens patiënt

Naam (achternaam, voorletters):
Straat + huisnummer :
Postcode + Woonplaats :
Geboortedatum :
Patiëntnummer :

u om mij inzage te laten geven in het dossier van bovengenoemde. Mijn gegevens zijn:

Gegevens vertegenwoordiger

Naam (achternaam, voorletters):
Straat + huisnummer :
Postcode + Woonplaats :
Geboortedatum :

Ik zend als bijlage een kopie van mijn Nederlands identiteitsbewijs (paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of brommerrijbewijs, categorie AM) mee, alsmede een bewijs waaruit blijkt dat ik bovengenoemde patiënt vertegenwoordig (bijvoorbeeld persoonlijk gerichte schriftelijke machtiging).

De patiënt is onder behandeling (geweest) bij de hulpverlener/behandelaar:

De heer/mevrouw

In de functie van: (aankruisen wat van toepassing is)

Specialist

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Orthopedisch chirurg | Richt uw verzoek aan:
Sint Maartenskliniek
t.a.v. medisch manager Orthopedie
Postbus 9011
6500 GM Nijmegen |
| <input type="radio"/> Orthopedisch chirurg (voor de locatie Woerden) | Sint Maartenskliniek
t.a.v. medisch secretariaat Orthopedie
Postbus 8000
3440 JD WOERDEN |
| <input type="radio"/> Anesthesioloog (pijnbehandelcentrum) | Sint Maartenskliniek
t.a.v. medisch manager Anesthesiologie
Postbus 9011
6500 GM Nijmegen |
| <input type="radio"/> Radioloog | Sint Maartenskliniek
t.a.v. medisch manager Radiologie
Postbus 9011
6500 GM Nijmegen |
| <input type="radio"/> Reumatoloog | Sint Maartenskliniek
t.a.v. medisch manager Reumatologie
Postbus 9011
6500 GM Nijmegen |

- Reumatoloog (voor de locatie Woerden) Sint Maartenskliniek
t.a.v. medisch secretariaat Reumatologie
Postbus 8000
3440 JD WOERDEN

- Revalidatiearts Sint Maartenskliniek
t.a.v. medisch manager Revalidatie
Postbus 9011
6500 GM Nijmegen

Met vriendelijke groet,

(handtekening)

(datum)

Ter informatie:

Na ontvangst van dit formulier met bijlage gaat de aanvraag naar de betreffende behandelaar, met het verzoek om een afspraak met u te maken. Inzage vindt plaats in aanwezigheid van de hulpverlener. Het is mogelijk dat de hulpverlener zich, onder zijn verantwoordelijkheid, door een derde laat vertegenwoordigen. De gevraagde inzage zal zo spoedig mogelijk plaatsvinden, doch uiterlijk binnen vier weken na ontvangst van het verzoek.