



**Formulier verzoek om kopie van medisch dossier/cd-rom**

**Gegevens patiënt**

Naam: \_\_\_\_\_ Voorletter(s) \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Patiëntnummer: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Aanvraag datum : \_\_\_\_\_

Nummer legitimatiebewijs: \_\_\_\_\_

**Gegevens vertegenwoordiger (alleen invullen indien van toepassing)**

Naam: \_\_\_\_\_ Voorletter(s) \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Aanvraag datum : \_\_\_\_\_

Nummer legitimatiebewijs: \_\_\_\_\_

**Gegevens medisch dossier**

Van welke afdeling(en) vraagt u het medisch dossier op?

- Orthopedie
- Radiologie
- Anesthesiologie
- Pijnbehandelcentrum
- Reumatologie
- Revalidatie

Bij welke behandelaar(s) bent u onder behandeling geweest?

\_\_\_\_\_

Op welke locatie?

- |                                   |                                    |                                     |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nijmegen | <input type="checkbox"/> Panningen | <input type="checkbox"/> RealHealth |
| <input type="checkbox"/> Boxmeer  | <input type="checkbox"/> CWZ       |                                     |
| <input type="checkbox"/> Woerden  | <input type="checkbox"/> Geldrop   |                                     |

Voor welke periode vraagt u de gegevens op?

Van: \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_ (maand/jaar)

Welke gegevens wilt u ontvangen?

- Kopie huisartsenbrieven en OK-verslagen (Dit is voldoende voor een second opinion)
- Kopie gehele medische dossier
- Cd-rom met röntgenfoto's/scans



Sint Maartenskliniek

### Kosten

Het verstrekken van een kopie van het medisch dossier is in principe kosteloos. Mocht u verzoeken om meer dan één kopie van alle gegevens, dan wordt er een redelijke vergoeding in rekening gebracht.

### Ontvangst dossier

Ik ontvang mijn gegevens per post

Ik ontvang mijn gegevens per aangetekende post (de extra portokosten hiervoor worden in rekening gebracht bij diegene die het dossier opvraagt).

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

Handtekening patiënt:

\_\_\_\_\_

*Onderstaande handtekeningen alleen invullen indien u een kopie van het medisch dossier aanvraagt voor iemand anders.*

Handtekening vertegenwoordiger 1

\_\_\_\_\_

Handtekening vertegenwoordiger 2

\_\_\_\_\_

Handtekening voor akkoord (in te vullen door de Sint Maartenskliniek)

\_\_\_\_\_

Stuur dit ingevulde formulier **met een kopie van een geldig identiteitsbewijs van de patiënt en zo nodig vertegenwoordiger(s)** naar:

Sint Maartenskliniek  
t.a.v. Coördinator Contactcentrum  
Postbus 9011  
6500 GM Nijmegen

We zullen uw aanvraag zo spoedig mogelijk verwerken, u kunt binnen uiterlijk vier weken een reactie verwachten.

Heeft u vragen over uw aanvraag dan kunt u contact opnemen met de Sint Maartenskliniek via e-mail ([contact@maartenskliniek.nl](mailto:contact@maartenskliniek.nl)) of tijdens kantoortijden per telefoon (024 - 365 99 11).