

## Procedure voor afschrift van uw medisch dossier

### Patiëntenportaal ZorgSaam ziekenhuis

U kunt voordat u dit aanvraagformulier invult ook eerst kijken of de medische gegevens beschikbaar zijn in uw Patiëntenportaal van ZorgSaam Ziekenhuis:

(<https://www.zorgsaam.org/patientenportaal/>)

Vanaf 2018 werkt ZorgSaam volledig digitaal.

Wij kunnen uw verzoek alleen in behandeling nemen als u bij uw verzoek een kopie van een geldig legitimatiebewijs (paspoort, identiteitskaart of rijbewijs) overlegt. Daarnaast worden alleen volledig ingevulde en ondertekende verzoeken in behandeling genomen. Bij ontvangst van uw formulier sturen wij u een bevestiging.

### Let op

Is uw kind jonger dan 12 jaar, dan is een handtekening en een kopie van een legitimatiebewijs nodig van beide ouders.

Is uw kind tussen de 12 en 16 jaar, dan is een handtekening en een kopie van een legitimatiebewijs nodig van beide ouders/verzorgers én van het kind.

Een kind vanaf 16 jaar dient zelf een aanvraag in te dienen, ouders hebben hierin niet automatisch inzage in.

Als u de aanvraag namens de patiënt doet, dan dient u een door de patiënt getekende machtiging en een kopie van zijn/haar geldig legitimatiebewijs of een ander document/uitreksel mee te sturen met dit aanvraagformulier waaruit blijkt dat u bevoegd bent om de patiënt te vertegenwoordigen. Wij vragen ook de vertegenwoordiger van de patiënt zich te legitimeren.

### Afschrift gegevens van overledene

Het verstrekken van medische gegevens aan nabestaanden is slechts onder bepaalde omstandigheden toegestaan. Het betreft een afweging die de betrokken arts zelfstandig zal maken.

! Graag hieronder aangeven waarom er sprake is van een zwaarwegend belang, zonodig met bijlage:

.....  
.....  
.....  
.....

### Opvragen beeldmateriaal

Wilt u enkel beeldmateriaal opvragen, dan kunt u direct contact opnemen met de afdeling radiologie van ZorgSaam Ziekenhuis. Telefoonnummer: 0115- 688 433.

### Afhandeltermijn

Wij streven ernaar uw aanvraag binnen 30 dagen af te handelen. Bij het overhandigen of toesturen van de afschriften draagt ZorgSaam de verantwoording van de afschriften over aan de aanvrager. Bij e-mailverkeer worden de documenten via een beveiligde mail verstuurd.

### Kosten

Voor het afhandelen van een verzoek opvragen medische gegevens brengen wij geen kosten in rekening.

### Verzenden

Stuur het formulier samen met een kopie van een geldig legitimatiebewijs van de betrokken patiënt en eventueel een door de patiënt getekende machtiging naar:

ZorgSaam Ziekenhuis

t.a.v. afd. patiëntenservice

Wielingenlaan 2

4535 PA Terneuzen

E-mail: [patiëntenservice@zzv.nl](mailto:patiëntenservice@zzv.nl)

Telefoon: 0115- 67 7474

ZorgSaam Ziekenhuis  
Afdeling Patiëntenservice  
Wielingenlaan 2  
4535 PA Terneuzen

Mailadres: [patientenservice@zzv.nl](mailto:patientenservice@zzv.nl)

Tel: 0115 – 67 7474 (telefonisch bereikbaar van ma t/m vr van 09-00-12:00)

Aanvraagformulier voor kopie medische gegevens of vernietiging.

**Graag ter controle een kopie van een geldig legitimatiebewijs mee te sturen.**

Aanvrager	
Naam:	_____
Adres:	_____
Postcode:	_____ Woonplaats _____
Telefoon:	_____ Mailadres: _____
Relatie tot de patiënt (indien van toepassing):	_____

**Verzoekt om (aankruisen wat van toepassing is):**

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Kopie       | <input type="checkbox"/> medisch dossier                                   |
| <input type="checkbox"/> Vernietigen | <input type="checkbox"/> verpleegkundig dossier<br>(gegevens betr. opname) |
|                                      | <input type="checkbox"/> Radiologiebeelden (digitaal)                      |

**Wijze van verstrekken**

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> USB-stick (Persoonlijk ophalen)       |
| <input type="checkbox"/> Papieren versie (Persoonlijk ophalen) |
| <input type="checkbox"/> E-mail                                |

Betreffende	
Patiëntnummer (staat op het patiëntenetiket)	_____
Geboortedatum:	_____
Eigennaam:	_____
Naam partner:	_____
Adres:	_____
Postcode:	_____ Woonplaats _____
Telefoon:	_____

Dossiergegevens Invullen/aankruisen wat van toepassing is:				
Hulpverlener:	Specialisme:	Betreffende periode:		Volledig dossier:
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

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

Handtekening: \_\_\_\_\_