

## VERZOEK OM AFSCHRIFT/INZAGE VAN GEGEVENS UIT HET PATIËNTENDOSSIER VAN EEN OVERLEDEN MINDERJARIGE PATIËNT

In uitvoering en volgens de modaliteiten van art. 9 van de wet op de patiëntenrechten van 6 februari 2024 en van de GDPR-wetgeving van 25 mei 2018.

### IDENTITEIT VAN DE OVERLEDEN MINDERJARIGE PATIËNT

- Naam: ..... Voornaam : .....
- Adres : .....
- Geboortedatum: .....
- Datum van overlijden: .....

### AANVRAGER (kopie van de identiteitskaart toevoegen aub)

#### ☐ ouders of voogd van de minderjarige patiënt

- Naam : .....Voornaam : .....
- Adres : .....
- Telefoonnummer : .....

#### ☐ de bij leven benoemde vertegenwoordiger door de minderjarige patiënt (1)

- Naam : .....Voornaam : .....
- Adres : .....
- Telefoonnummer : .....

1. Benoemde vertegenwoordiger is gemachtigd de rechten, zoals vastgelegd in de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22/08/2002 uit te oefenen en op te treden in plaats van de meerderjarige patiënt en zolang deze niet in staat is zelf zijn/haar rechten uit te oefenen. Zodra voornoemde toestand ophoudt te bestaan herneemt patiënt zelf zijn/haar rechten. Dit mandaat kan door patiënt of door benoemde vertegenwoordiger via een gedagtekend en ondertekend geschrift steeds herroepen.

#### ☐ bloedverwant tot en met de tweede graad

- Naam : .....Voornaam : .....
- Adres : .....
- Telefoonnummer : .....

### IK WENS:

- ☐ een afschrift (op papier/digitaal)\* schrappen wat niet past
- ☐ inzage in het dossier

## **GEWENSTE GEGEVENS**

☐ hospitalisatie op afdeling ..... periode: van ..... tot .....

- ☐ medische gegevens
- ☐ verpleegkundige gegevens
- ☐ andere: .....

☐ raadpleging(en) bij dokter ..... data .....

- ☐ medische gegevens
- ☐ andere: .....

☐ onderzoek/behandeling op de dienst..... data .....

---

## **MOTIVATIE OF REDEN VOOR HET VERZOEK** (niet nodig voor ouder/voogd)

.....

.....

.....

.....

Ondergetekende gaat akkoord met de procedure en bepalingen zoals vermeld op pagina 3 van dit formulier.

Handtekening patiënt

Handtekening bij leven benoemde vertegenwoordiger

Handtekening bloedverwant tot en met de tweede graad

## TOELICHTING PROCEDURE

### **Wie kan dit verzoek indienen? Wat houdt het in?**

Het recht op inzage én op een afschrift wordt uitgeoefend door de persoon die als vertegenwoordiger handelde op het moment van overlijden van de patiënt en de bloedverwanten tot en met de tweede graad, zolang de overleden patiënt zich hiertegen niet uitdrukkelijk heeft verzet. De aanvrager heeft ook recht op toelichting over de inhoud van het betreffende patiëntendossier.

De inzage/het afschrift kan voor de ouder/voogd zonder motivering. Voor verwanten tot en met de tweede graad kan dit enkel gebeuren mits een gemotiveerd en gespecificeerd verzoek.

De gezondheidszorgbeoefenaar weigert het afschrift indien hij over duidelijke aanwijzingen beschikt dat de betrokken persoon onder druk wordt gezet om een afschrift van het patiëntendossier aan derden mee te delen.

Met het oog op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de overleden patiënt kan de betrokken gezondheidszorgbeoefenaar het verzoek geheel of gedeeltelijk weigeren. In dergelijk geval wordt het recht op inzage of afschrift uitgeoefend door een aangewezen gezondheidszorgbeoefenaar (bijv. de huisarts).

Dit formulier is niet geldig voor een overleden meerderjarige patiënt.

### **Behandeling van uw verzoek**

- U stuurt het ingevulde en ondertekende formulier samen met een kopie van uw identiteitskaart naar O.L.V. van Lourdes Ziekenhuis Waregem t.a.v. de ombudsdienst, Vijfseweg 150, 8790 Waregem of bezorgt het via mail: [ombudsdienst@ziekenhuiswaregem.be](mailto:ombudsdienst@ziekenhuiswaregem.be)
- De wet op de patiëntenrechten bepaalt een termijn van 15 dagen (na ontvangst van uw aanvraag) waarin op uw aanvraag moet worden ingegaan.

## **BEHANDELING VAN UW VERZOEK DOOR DE OMBUDSPERSOON**

De aanvraag werd ontvangen op .....

Handtekening ombudspersoon

Stempel

Het volledig ingevuld formulier wordt via de ombudspersoon voorgelegd aan de arts die de overleden patiënt heeft behandeld.

---

## **BESTEMD VOOR DE OMBUDSDIENST**

Het patiëntendossier werd ter inzage aangeboden op .....  
in aanwezigheid van de ombudspersoon      o ja   o neen.

Handtekening ombudspersoon

Stempel

## TOESTEMMING OF WEIGERING DOOR DE ARTS

Ik, Dr. ....

o geef toestemming aan ..... , om in zijn hoedanigheid van gemandateerde beroepsbeoefenaar van de patiënt de gevraagde gegevens in te zien.

o kan geen toestemming verlenen tot inzage vermits de patiënt tijdens zijn/haar leven uitdrukkelijk de wens heeft geuit zijn/haar medisch dossier niet ter inzage voor te leggen aan derden.

Handtekening  
behandelend arts

Datum en stempel

---

## SCHRIFTELIJKE VERKLARING NAAR AANLEIDING VAN INZAGE PATIENTENDOSSIER

In uitvoering van artikel 9 van de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 oefent.....  
..... (naam en voornaam gemandateerde beroepsbeoefenaar) op ..... (datum) het  
recht uit inzake inzage van het patiëntendossier van ..... (naam en  
voornaam overleden patiënt).

Dit recht op inzage van het patiëntendossier wordt uitgeoefend in aanwezigheid van  
..... (naam beroepsbeoefenaar) die de nodige toelichting  
verschafft.

Handtekening  
Gemandateerde beroepsbeoefenaar

Datum en stempel