

Gegevens aanvrager

Naam:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Legitimatiebewijs patiënt:

Reden aanvraag:

.....

Gegevens patiënt

Naam patiënt:

Geboortedatum patiënt:

Adres patiënt:

Postcode en woonplaats:

Patiëntnummer:

Specificatie gegevens

Indien uw verzoek betrekking heeft op het wijzigen van bepaalde gegevens in het dossier, kunt u hieronder aangeven welke gegevens dit betreft. S.v.p. aangeven welk specialisme, welke periode of datum en welk gedeelte uit het dossier dit betreft. Er kunnen alleen feitelijke gegevens uit het dossier van uw zorgverlener worden gewijzigd, geen meningen of conclusies van uw zorgverlener¹. Ook kunnen er geen gegevens uit de financiële administratie worden gewijzigd.

Toelichting:

.....

.....

Toelichting

Het BovenIJ ziekenhuis gaat er vanuit dat u geen gerechtelijke procedure of andersoortige procedures tegen ons aanhangig zal maken indien u wenst uw gegevens te laten wijzigen. Wij behouden onze rechten voor om ons op dit laatste te beroepen. Wij zullen een kopie van het wijzigingsverzoek apart van uw dossier bewaren.

Een verzoek tot wijzigen van medische gegevens uit dossiers van derden, wordt alleen in behandeling genomen indien de aanvrager een wettelijke vertegenwoordiger is van de (voormalige) patiënt wiens gegevens het betreft. Bij een aanvraag van kinderen onder de 12 jaar zijn de ouders wettelijk vertegenwoordiger. Bij een aanvraag van kinderen tussen 12 en 16 jaar moet er een toestemming zijn van kind (handtekeningen en legitimatiebewijzen kind) en indien niet strijdig met de medisch professionele standaard tevens van ouder. De aanvaardbaarheid van aanvragen door adoptie- of pleegouders wordt door onze juridisch medewerker getoetst.

¹ Indien u het hiermee niet eens bent, kunt u wel een toevoeging laten doen aan uw dossier. Deze graag hier vermelden.

Ondertekening

Ondergetekende,

- Wenst wijziging van de hierboven vermelde medische gegevens uit de (elektronische) dossiers van het BovenIJ ziekenhuis en heeft kennis genomen van bovenstaande toelichting.
- Accepteert het gezondheidsrisico dat hiervan mogelijk het gevolg is voor zichzelf of degene die ondergetekende wettelijk vertegenwoordigt.
- Accepteert dat om gewenste wijziging uit te kunnen voeren de betreffende functionarissen inzage plegen in het medisch dossier.
- Heeft een kopie van een geldig identiteitsbewijs van zichzelf en/of personen die ondergetekende wettelijk vertegenwoordigt bijgesloten.

Datum:

Handtekening²:

Uw ingevulde aanvraagformulier kunt u samen met een kopie van uw legitimatiebewijs sturen naar:
BovenIJ ziekenhuis, t.a.v. directiesecretariaat, Statenjachtstraat 1, 1034 CS Amsterdam

² indien patiënt niet wilsbekwaam is moet de vertegenwoordiger ondertekenen