



**zuyderland**

## Aanvraag patiëntdossier

Naam patiënt: ..... BSN: .....

Geboortedatum: .....  man  vrouw  genderneutraal

Adres: .....

Postcode: ..... Woonplaats: .....

Mobielnummer: .....

E-mailadres: ..... Handtekening: .....

### U kiest uit 1 of 2 eventueel aangevuld met 3

**1. Digitaal dossier vanaf 1 juni 2015 (geen GGZ, kies dan optie 3 )**

De gegevens worden naar u verzonden per beveiligde email. U dient bij de aanvraag een kopie van uw ID bij te voegen. Hier kunnen wij niets in wijzigen, zoekt u specifieke documenten kies optie 2

Algemene medische / persoonlijke gegevens

- Specialistenbrieven en ontslagbrieven
- Laboratoriumuitslagen en radiologieverslagen
- Type implantaat
- Actueel medicatieoverzicht
- Een overzicht van uw bezoeken en opnames in het ziekenhuis
- Een overzicht van uw geplande bezoeken/opnames

**2. Medisch dossier**

Het dossier wordt bij voorkeur digitaal aangeleverd via een beveiligde mail. U dient bij de aanvraag een kopie van uw ID bij te voegen.

Periode .....

Specialisme .....

- Welke gegevens:  arts-brieven  decursus  lab-uitslagen  microbiologie-uitslagen
- pathologie  verslagen medische beelden  ok-verslagen
- anesthesieverslagen
- overige: .....

Medische beelden die gemaakt zijn bij de afdeling Medische Beeldvorming /Radiologie of bij de afdeling Nucleaire Geneeskunde dient u op te halen bij de afdeling Medische Beeldvorming ( west 12 ) /Radiologie ( route ST10 )

**3. Dossier GGz. U dient bij de aanvraag een kopie van uw ID bij te voegen**

Periode: .....

Datum ingekomen: .....

## MACHTIGING

### Uitsluitend van toepassing indien de patiënt niet de aanvrager is

- Graag van patiënt en gemachtigde/ aanvrager een kopie van het geldig legitimatiebewijs toevoegen bij de aanvraag ( voor - en achterkant ).
- Is uw kind tussen de 12 en 16 jaar oud? Dan zijn een handtekening nodig van ouder en kind tevens van beide een kopie van het geldig legitimatiebewijs ( voor - en achterkant ).
- Vraagt u als curator, bewindvoerder of mentor gegevens aan dan dient u de gerechtelijke beschikking mee te sturen.

Naam patiënt:	.....		
Geboortedatum:	.....		
Adres:	.....		
Postcode:	.....	Woonplaats:	.....
Telefoonnummer:	.....		

Verleent toestemming aan Zuyderland Medisch Centrum om desgevraagd informatie te verstrekken, dan wel zijn/haar medisch dossier te verstrekken aan:

Naam gemachtigde:	.....		
BSN:	.....		
Adres:	.....		
Postcode:	.....	Woonplaats:	.....
Mobielfnummer:	.....	E-mailadres:	.....
Relatie tot patiënt:	.....		

Datum: .....

Handtekening patiënt: ..... Handtekening gemachtigde: .....

Zuyderland Medisch Centrum  
Afdeling KlantContactCentrum - team PSB  
Postbus 5500  
6130 MB Sittard-Geleen [patientenservice@zuyderland.nl](mailto:patientenservice@zuyderland.nl)