

Aanvraagformulier

Afschrift medisch dossier

Gegevens van de patiënt

Achternaam: _____ Voorletter(s): _____
Meisjesnaam: _____
Geboortedatum: _____
Adres: _____ Huisnummer: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____
E-mailadres: _____
Burgerservicenummer (BSN): _____

Gegevens van de patiënt (dit is alleen toegestaan bij kinderen jonger dan 12 jaar)

Achternaam: _____
Adres: _____ Huisnummer: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____
Relatie tot de patiënt: _____
Burgerservicenummer (BSN): _____

Van welk specialisme(n) en/of behandeling wilt u gegevens ontvangen?

Kruis aan wat van toepassing is:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Orthopedie | <input type="checkbox"/> Cardiologie |
| <input type="checkbox"/> Interne Geneeskunde | <input type="checkbox"/> Kaakchirurgie |
| <input type="checkbox"/> Reumatologie | <input type="checkbox"/> Longgeneeskunde |
| <input type="checkbox"/> Maag-, darm- en leverziekten (MDL) | <input type="checkbox"/> Keel-, neus- en oorheelkunde (KNO) |
| <input type="checkbox"/> Obstetrie / Gynaecologie | <input type="checkbox"/> Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Kindergeneeskunde | <input type="checkbox"/> Revalidatie |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie en Psychologie | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____ |
| <input type="checkbox"/> Urologie | |

Reden van aanvraag

Kruis aan wat van toepassing is:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eigen gebruik | <input type="checkbox"/> Andere instelling, UWV, arbodienst, verzekeraar |
| <input type="checkbox"/> Ander ziekenhuis | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____ |

Over welke periode wilt u deze gegevens ontvangen?

Van: _____ Tot: _____

Welke gegevens wilt u ontvangen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Correspondentie | <input type="checkbox"/> Beeld en Beeldverslag: |
| <input type="checkbox"/> Uitslagen | <input type="checkbox"/> op CD-rom |
| <input type="checkbox"/> Medicatie | <input type="checkbox"/> via link per e-mail |
| <input type="checkbox"/> Operatie | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____ |

Hoe wilt u de gegevens ontvangen?

Ophalen, dit is alleen mogelijk in het Antonius Ziekenhuis in Utrecht, legitimatie is verplicht.
(Wij nemen vooraf telefonisch of per e-mail contact met u op).

Aangetekend verzenden

Ondertekening

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening aanvrager: _____

Handtekening minderjarige patiënt (12-16 jaar): _____

Voeg een kopie toe van uw geldig identiteitsbewijs (rijbewijs, ID-kaart of paspoort).