

## Verzoek kopie medisch informatie; via afdeling of polikliniek

(Lees voor het invullen van dit formulier de instructies op de achterzijde van de formulier)

Aanvraag voor afdeling/polikliniek: \_\_\_\_\_

Achternaam patiënt : \_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_

Patiëntnummer (MDN) : \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Nr. legitimatiebewijs : \_\_\_\_\_  id-kaart  paspoort  rijbewijs

Adres : \_\_\_\_\_

Postcode : \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_ Tel nr.: \_\_\_\_\_

Vult u dit gedeelte in wanneer u als aanvrager/gemachtigde optreedt namens de patiënt.

(Patiënt dient het formulier mede te ondertekenen)

Achternaam aanvrager : \_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_

Straat en huisnummer : \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer : \_\_\_\_\_ Relatie tot patiënt: \_\_\_\_\_

Nr. legitimatiebewijs : \_\_\_\_\_

### Wat wilt u ontvangen? (geef hieronder uw keuze aan)

Medische correspondentie (evt. periode/specialisme) \_\_\_\_\_

Operatieverslag(en) dd: \_\_\_\_\_

Radiologiebeelden (röntgenfoto/MRI-scan/CT-scan/beelden blijven 20 jaar bewaard)

Periode/onderzoeksdata: \_\_\_\_\_

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

### Wijze van ontvangst (zet een kruisje in één van onderstaande vakjes):

Ik haal de gegevens persoonlijk op (na ontvangst bericht)

Ik ontvang de gegevens graag versleuteld per e-mail op adres\*: \_\_\_\_\_

(\*radiologiebeelden kunnen **niet** per e-mail worden verstuurd)

Ik ontvang de gegevens graag per aangetekende post

De patiënt/aanvrager verklaart door ondertekening op de hoogte te zijn van de inhoud van de brochure 'uw medisch dossier', alsmede akkoord te gaan met eventuele kosten (conform AVG). Zie: [Uw medisch dossier - rechten en plichten \(amsterdamumc.nl\)](http://www.amsterdamumc.nl)

Datum: \_\_\_\_\_ Handtekening patiënt (wettelijk vertegenwoordiger)/aanvrager:

**Vergeet u niet een kopie van een geldig legitimatiebewijs bij te sluiten van alle personen die dit formulier ondertekenen**

## Instructies voor het invullen:

- U kunt dit formulier gebruiken als u minder dan een jaar geleden een onderzoek of behandeling heeft gehad. Uw behandelend arts/afdeling handelt uw verzoek dan af. Bent u bij meerdere specialismen onder behandeling en wilt u bij verschillende poliklinieken een kopie van uw dossier aanvragen? Stuur dan per afdeling/polikliniek een apart formulier.
- Is uw laatste contact met Amsterdam UMC langer dan 1 jaar geleden, dan handelt afdeling Patiëntenservice Zorgsupport uw verzoek af. Hiervoor is een ander formulier beschikbaar. Dit kunt u aanvragen bij Patiëntenservice Zorgsupport: [dossierdesk@amsterdamumc.nl](mailto:dossierdesk@amsterdamumc.nl)

U vraagt informatie over een ander dan de patiënt:

- Met dit formulier kunt u ook medische informatie van iemand anders opvragen. Naast uw eigen handtekening is ook de handtekening van de patiënt zelf nodig.
- Dit geldt niet voor patiënten jonger dan 12 jaar
- Voor het opvragen van gegevens van een patiënt tussen de 12 en 16 jaar zijn zowel de handtekening van de patiënt als die van een gezaghebbende ouder/wettelijk vertegenwoordiger vereist.

Voor kopieën van een IVF-dossier en/of dossier voortplantingsgeneeskunde is ook een naam, handtekening en legitimatiebewijs van uw partner nodig.

### Legitimatiebewijs:

Van alle personen die het formulier ondertekenen dient een geldig legitimatiebewijs (id-kaart, paspoort of rijbewijs) bijgesloten te worden. Na verificatie wordt de kopie vernietigd.

[Hoe maak ik met de KopieID-app een veilige kopie van mijn identiteitsbewijs? | Rijksoverheid.nl](#)

Meer informatie over aanvraag kopie medische gegevens vindt u op onze website: [Uw medisch dossier - rechten en plichten locatie VUmc \(amsterdamumc.nl\)](#)

## Vragen?

Neem contact op met de afdeling waarvan u de gegevens opvraagt.