



## Verzoek kopie medische informatie via Patiëntenservice Zorgsupport

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

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 **niet** de patiënt zelf bent. Patiënt dient in dit geval het formulier mede te ondertekenen:

Voor- en achternaam aanvrager: \_\_\_\_\_

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:

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

- U bent patiënt: Vul alle gegevens in en plaats uw handtekening onderaan het formulier.
- 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, een overleden patiënt, een patiënt die niet zelf kan beslissen (wilsonbekwaam).
  - 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 vereist.
- Voor kopieën van een IVF-dossier en/of dossier voortplantingsgeneeskunde is ook een naam en handtekening van de partner nodig.

## Versturen:

U kunt het formulier samen met de bijlage(n) inleveren bij

**Locatie VUmc:** Patiëntenservice Zorgsupport in de hal van de polikliniek, kamer pk 0 HAL 08  
of opsturen naar:  
Amsterdam UMC, Locatie VUmc, Patiëntenservice Zorgsupport/pk 0 HAL 08  
Postbus 7057  
1007 MB Amsterdam

**Locatie AMC:** Patiëntenservice Zorgsupport in de hal van de polikliniek, kamer A0-404  
of opsturen naar  
Amsterdam UMC, locatie AMC, Patiëntenservice Zorgsupport A0-404  
Postbus 22660  
1100 DD Amsterdam

U kunt het formulier ook naar ons mailen: [dossierdesk@amsterdamumc.nl](mailto:dossierdesk@amsterdamumc.nl) (voor beide locaties)

## 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](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kopieid-app)

## Vragen?

U kunt ons voor meer informatie mailen: [dossierdesk@amsterdamumc.nl](mailto:dossierdesk@amsterdamumc.nl)