**Verzoek om afschrift van gegevens uit een patiëntendossier**

**IDENTITEIT VAN DE PATIËNT** **kopie van de identiteitskaart toevoegen a.u.b.**

* Naam en voornaam …………………………………………………………………………….
* Adres …………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………….

* Telefoonnummer …………………………………………………………………………….
* E-mailadres …………………………………………………………………………….
* Geboortedatum …………………………………………………………………………….
* Ik wens: 🞏 een verzending via de post

🞏 de gegevens persoonlijk te komen afhalen

🞏 verzending per beveiligde email

**AANVRAGER**

O is de patiënt zelf

O is **NIET patiënt** zelf *(onderstaande gegevens invullen)* **altijd kopie identiteitskaart toevoegen a.u.b**.

 🡪Naam en voornaam ……………………………………………………………………………...

 🡪Adres ……………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………………………………….

 🡪Telefoonnummer ……………………………………………………………………………….

 🡪Relatie tot patiënt
 O ouders of voogd van patiënt
 ***bij minderjarige patiënten vanaf 15 jaar vragen we het akkoord van de patiënt zelf*** O gemachtigd vertrouwenspersoon **\* zie onderaan**

 O andere (graag attestering bijvoegen aub) : ………………………………

**DE GEWENSTE GEGEVENS**

* STANDAARD: Eindverslag opname (specifiëren + periode)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* OPTIONEEL: Specifieke informatie (specifiëren + periode) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..........

*Het patiëntendossier is primair een elektronisch dossier en moet in de eerste plaats beschouwd worden als een database met patiënteninformatie, van waaruit de zorg voor patiënten wordt gestuurd en opgevolgd. Niet alle elementen van het elektronisch patiëntendossier kunnen daardoor op een printbare manier ter beschikking worden gesteld. UPC ZORG KU Leuven tracht wel steeds een zo volledig mogelijk afschrift van het dossier af te leveren.*

**Motivatie of reden voor aanvraag** (facultatief)

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*Ondergetekende gaat akkoord met de procedure en bepalingen zoals vermeld op de keerzijde van dit formulier.*

Handtekening patiënt: ……………………………………… Datum: …………………………

**\* MACHTIGING VOOR EEN VERTROUWENSPERSOON kopie identiteitskaart toevoegen a.u.b**.

*Hierbij geeft ondergetekende patiënt ………………………………………………… (naam) de toestemming aan UPC KU Leuven om aan ……………………………………………….………… (naam vertrouwenspersoon) bovenvermelde informatie uit zijn/haar patiëntendossier te verschaffen.*Handtekening patiënt: Handtekening vertrouwenspersoon Datum

…………………….. …………………………………………………………… …………………..

**TOELICHTING PROCEDURE AFSCHRIFT**

#### WIE KAN AFSCHRIFT AANVRAGEN?

1. de patiënt zelf
2. een vertrouwenspersoon, schriftelijk gemachtigd door patiënt
3. de ouders of voogd van een minderjarige patiënt of van een meerderjarige, die valt onder het statuut van verlengde minderjarigheid of onbekwaamverklaring
4. een vertegenwoordiger van patiënt:
* die voorafgaand werd benoemd door patiënt om in zijn plaats de patiëntenrechten uit te oefenen indien en zolang hij hiertoe zelf niet in staat zou zijn, mits een schriftelijk bewijs
* indien de patiënt feitelijk niet in staat is om zelf zijn patiëntenrechten uit te oefenen en er tegelijkertijd geen vertegenwoordiger door patiënt werd benoemd, of deze niet optreedt, dan worden de rechten uitgeoefend door de samenwonende echtgenoot of de wettelijk of feitelijk samenwonende partner
* indien deze persoon dat niet wenst te doen of ontbreekt, worden de rechten in dalende volgorde uitgeoefend door: een meerderjarig kind, ouder, meerderjarige broer of zus

en zoniet, of bij conflict tussen hoger genoemden: door de betrokken zorgverlener, in voorkomend geval in multidisciplinair overleg

* Uw huisarts beschikt over verslagen van de behandelingen/opnames bij UPC KU Leuven: u kunt ook bij hem/haar om afschriften verzoeken.
* Ook wanneer u inlogt via Nexuzhealth kan u de verslagen van de behandelingen/opnames bij UPC KU Leuven raadplegen.
* De persoonlijke notities en gegevens die betrekking hebben op derden, komen niet in aanmerking voor inzage of afschrift. In geval dat de patiënt of zijn vertegenwoordiger een beroepsbeoefenaar aanduidt kan deze inzage vragen van de persoonlijke notities van de zorgverlener.
* Met het oog op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van patiënt, kan inzage of een afschrift (geheel of gedeeltelijk) geweigerd worden aan een vertegenwoordiger van patiënt. Dan kan dit recht uitgeoefend worden door een door de vertegenwoordiger aangewezen beroepsbeoefenaar.
* Na overlijden van de patiënt kan geen afschrift verleend worden, er is wel een onrechtstreeks inzagerecht via een beroepsbeoefenaar. Nabestaanden tot en met de tweede graad kunnen een onrechtstreekse inzage van het dossier in het ziekenhuis aanvragen door contact op te nemen met de hoofdarts.

**BEHANDELING van uw verzoek**

U stuurt het ingevulde en ondertekende formulier samen met een kopie van uw identiteitskaart naar:

* Per post:

Voor opnames op Campus Kortenberg (zowel voor kinderen, volwassenen en ouderen):

* UPC KU Leuven Campus Kortenberg

T.a.v. Medisch Secretariaat

Leuvensesteenweg 517

3070 Kortenberg

Voor opnames op Campus Gasthuisberg:

* UPC KU Leuven Campus Gasthuisberg

T.a.v. Medische administratie volwassenen- en ouderenpsychiatrie

Herestraat 49

3000 Leuven

**OF**

T.a.v. Kinder-en Jeugdpsychiatrie

Herestraat 49

1. Leuven
* Via mail: **amd@upckuleuven.be** (overkoepelend voor de twee campussen)

**ONTVANGSTTERMIJN van uw afschrift**

De wet op de patiëntenrechten bepaalt een termijn van 15 dagen (na de ontvangst van uw aanvraag) waarin op uw aanvraag moet ingegaan worden. Indien u afschrift vraagt van opname/opvolging betreffende zowel UPC KU Leuven Campus Kortenberg als Campus Gasthuisberg zal u het afschrift in twee delen ontvangen.