Aanwijzing van een VERTROUWENSPERSOON

Aanbeveling: Het is aangewezen om dit formulier op te maken in 3 exemplaren. Een exemplaar kan bewaard worden

door de patiënt, één door de vertrouwenspersoon en één door de beroepsbeoefenaar bij wie de vertrouwenspersoon

onder aanwezigheid van de patiënt informatie ontvangt, inzage heeft in het dossier of kopie van het dossier kan maken. Informatie: De patiënt kan op elk moment aan de beroepsbeoefenaar meedelen dat de vertrouwenspersoon niet meer mag optreden zoals hierboven werd aangegeven.

Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt (art. 7 §2, art. 9 §2, art. 9 §3)

Ik, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*voornaam en naam patiënt OF ouder/voogd van de minderjarige patiënt OF partner/verwant tot en met de tweede graad van de overleden patiënt*), wijs hierbij de volgende persoon aan als mijn vertrouwenspersoon die ook zonder mijn aanwezigheid volgende rechten kan uitoefenen:

[ ]  **Het patiëntendossier inzien**

* Periode: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
*(bv. tot een bepaalde datum, voor onbepaalde duur)*
* Naam van de beroepsbeoefenaar bij wie die recht geldt (bv. huisarts):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  **Een afschrift vragen van het patiëntendossier (niet mogelijk bij overleden patiënt)**

* Periode: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
*(bv. tot een bepaalde datum, voor onbepaalde duur)*
* Naam van de beroepsbeoefenaar bij wie die recht geldt (bv. huisarts):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identiteitsgegevens van de **patiënt**:

* Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Telefoonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identiteitsgegevens van de **vertrouwenspersoon** *(moet een beroepsbeoefenaar zijn in geval van overleden patiënt)*:

* Voornaam en naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Telefoonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Opgemaakt te \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , op datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Handtekening patiënt OF ouder/voogd van de minderjarige patiënt OF partner/verwant tot en met de tweede graad van de overleden patiënt*