Slingeland Ziekenhuis

Privacyformulier

Voor het opvragen, wijzigen of laten vernietigen van medische gegevens

1. Wat wilt u met dit formulier doen?

Kruis aan wat voor u van toepassing is:

- ☐ Ik wil een kopie van mijn patiëntgegevens ontvangen
  - ☐ Per beveiligde mail
  - ☐ Per aangetekende post
- ☐ Ik wil onjuiste patiëntgegevens laten wijzigen of aanvullen
- ☐ Ik wil mijn patiëntgegevens laten vernietigen
- ☐ Ik wil namens iemand anders:
  - ☐ Een kopie van diens patiëntgegevens ontvangen
    - ☐ Per beveiligde mail
    - ☐ Per aangetekende post
  - ☐ Diens patiëntgegevens wijzigen of aanvullen
  - ☐ Diens patiëntgegevens laten vernietigen

***Let op:** Als u gegevens aanvraagt voor iemand anders, dan gelden extra voorwaarden. Zie onderstaand overzicht:*

Gegevens opvragen voor:	***Wat u mee moet sturen:***
Een andere volwassene	*Machtiging + kopie ID van die persoon*
Een kind onder de 12 jaar	*Toestemming van beide ouders/verzorgers*
Een kind tussen 12-16 jaar	*Toestemming kind + beide ouders/verzorgers*
Een overleden persoon	*Gebruik hiervoor een apart formulier. Deze vindt u op www.slingeland.nl/dossier-opvragen.*

Uw gegevens

Gegevens van de patiënt

Naam en voorletters: _____ ☐ Man ☐ Vrouw

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Gegevens van de aanvrager (indien van toepassing)

Naam en voorletters: _____
Adres: _____
Postcode en woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____
E-mailadres: _____
Wat is uw relatie tot de patiënt? _____

---

2. Wat wilt u precies aanvragen of wijzigen?

Van welke specialist(en) is de informatie afkomstig?

In welke periode zijn de gegevens vastgelegd?

Om welk soort gegevens gaat het? *Bijvoorbeeld: verslagen, testresultaten, brieven, etc.*

Kunt u aangeven **waarom u dit verzoek doet?**

---

3. Kopie legitimatiebewijs

Voeg een veilige kopie van uw legitimatiebewijs toe (rijbewijs, ID-kaart of paspoort). Gebruik hiervoor bij voorkeur de KopieID-app van de Rijksoverheid.

Hoe maakt u een veilige kopie?

- *Maak uw burgerservicenummer (BSN) onleesbaar*
- *Schrijf op de kopie: "Kopie voor aanvraag medische gegevens Slingeland Ziekenhuis – [datum]"*
- *Gebruik de app KopieID (download via App Store of Google Play)*

4. Handtekening

Handtekening aanvrager: _____

Datum: _____ Plaats: _____

---

5. Formulier inleveren

U kunt het formulier op één van de volgende manieren indienen:

- **Per post:**
  Slingeland Ziekenhuis
  t.a.v. Medische Administratie
  Postbus 169
  7000 AD Doetinchem
- **Per e-mail** (gescand en ondertekend):
  inzageverzoeken@slingeland.nl
  Let op: e-mail is alleen veilig via een beveiligde verbinding.
- **Afgeven aan de receptie** van het Slingeland Ziekenhuis

U ontvangt binnen één maand een reactie op uw aanvraag.