

Aanvraag formulier (medisch) dossier

Zie voor een toelichting www.rivas.nl/privacy.

Neemt u svp contact op met uw arts, zorgverlener of de teamleider wanneer u vragen heeft over dit formulier.

Gegevens Cliënt

Naam: _____

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

Geslacht: M V

Adres: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Cliëntnummer: _____

Email: _____

Gegevens Aanvrager (Indien anders dan cliënt)

Naam: _____

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

Geslacht: M V

Adres: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Relatie tot cliënt: _____

Email: _____

Uw aanvraag

- Inzage: neemt u svp contact op met uw arts, zorgverlener of de teamleider
- Kopie/Afschrift: vult u svp hieronder de vragen in bij: 'A. dossiersoort' en 'B. dossierdeel'
- Correctie/Aanvulling: vult u svp hieronder de vragen in bij: 'A. dossiersoort', 'B. dossierdeel' en 'C. Correctie/Aanvulling'
- Vernietiging: vult u svp hieronder de vragen in bij: 'A. dossiersoort', 'B. dossierdeel' en 'D. Vernietiging'
- Beperking van verwerking: vult u svp hieronder de vragen in bij: 'A. dossiersoort', 'B. dossierdeel' en 'E. Beperking van verwerking'
- Ontvangers: svp aanvinken wanneer u graag een lijst ontvangt met organisaties aan wie Rivas uw persoonsgegevens ter beschikking stelt

A. Dossiersoort

- Ziekenhuis
 - Poliklinisch (medisch)
 - Klinisch (medisch)
 - Verpleegkundig
 - Radiologie
- Verpleeghuiszorg-/woonzorg
- Thuiszorg
- Revalidatie
- Jeugdgezondheidszorg
- Paramedisch (fysiotherapie, ergotherapie, logopedie et cetera)

B. Dossierdeel

- Naam zorgverlener: _____
- Medisch specialisme: _____
- Afdeling en locatie: _____
- Periode: van ___ / ___ / ___ tot ___ / ___ / ___
- Graag mijn dossier voor een second opinion toesturen aan: _____
- Anders: neemt u svp contact op met uw (jeugd)arts, zorgverlener of de teamleider

C. Correctie/aanvulling *

- Correctie: ik verzoek de volgende tekst te wijzigen:
oorspronkelijke tekst: _____

voorgestelde tekst: _____

Vervolg C. Correctie/aanvulling *

- Aanvulling: ik verzoek de volgende tekst toe te voegen aan mijn (medisch) dossier:
voorgestelde tekst: _____

- Ik ontvang graag een lijst met ontvangers aan wie Rivas meedeelt dat deze gegevens aangepast zijn

D. Vernietiging *

- Ik verzoek dat voor zoveel mogelijk mijn gehele (medisch) dossier wordt verwijderd
- Ik verzoek dat het volgende onderdeel van mijn (medisch) dossier wordt verwijderd
- Periode van ____ / ____ / ____ tot ____ / ____ / ____
- Ik ontvang graag een lijst met ontvangers aan wie Rivas meedeelt dat deze gegevens vernietigd zijn

E. Beperking van verwerking *

- Ik verzet mij tegen de verwerking door Rivas van mijn persoonsgegevens, zoals aangegeven bij
A. Dossiersoort en B. Dossierdeel
- Ik ontvang graag een lijst met ontvangers aan wie Rivas meedeelt dat mijn persoonsgegevens niet verwerkt mogen worden

Ondertekening door aanvrager *

Cliënt

Een minderjarige van 16 of 17 jaar dient het formulier zelf te ondertekenen.

Indien de aanvraag wordt gedaan door een ander dan de cliënt:

- Bij een kind jonger dan 12 jaar dient de gezagdragende ouder(s) of voogd dit formulier te ondertekenen
- Bij een kind in de leeftijd van 12 tot 16 jaar dient zowel het kind als de gezagdragende ouder(s) of voogd dit formulier te ondertekenen
- Bij een minderjarige van 16 of 17 jaar en meerderjarige cliënten: dient de cliënt de aanvrager expliciet te machtigen
- Wanneer de cliënt is overleden, verzoeken wij u aan te geven waarom u meent dat u toegang heeft tot het (medisch) dossier van de overledene

Handtekening 1: _____ Handtekening 2: _____ Datum: _____

Dit aanvraagformulier kunt u opsturen naar:

Rivas Zorggroep, t.a.v. Centraal Archief

Postbus 90, 4200 AB Gorinchem

Email: med.archief@rivas.nl

Wij reageren over het algemeen binnen een maand op uw verzoek. Deze termijn kan met een maand worden verlengd. Wij kunnen u om nadere gegevens vragen teneinde uw identiteit dan wel uw bevoegdheid tot toegang van het (medisch) dossier nader vast te stellen.

Bijvoegen

- Kopie identiteitsbewijs cliënt
- Kopie identiteitsbewijs aanvrager (indien niet cliënt)
- Kopie identiteitsbewijs gezagdragende ouder of voogd

Voor het maken van een veilige kopie van uw identiteitsbewijs, zie:

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/identiteitsfraude/vraag-en-antwoord/fraude-voor-komen-met-kopie-id-bewijs>

- *) Wij verzoeken u aan te geven waarom u uw (medisch) dossier of een deel daarvan wil laten vernietigen of corrigeren/aanvullen of waarom u zich verzet tegen de verwerking van uw persoonsgegevens. U kunt te allen tijde een brief bijvoegen wanneer dit formulier onvoldoende ruimte heeft voor uw toelichting.