



## Verzoek om inzage of afschrift van gegevens uit het patiëntendossier

**AZ Voorkepen**

algemeen ziekenhuis  
emmaüs

www.azvoorkepen.be • azvoorkepen@emmaüs.be  
Oude Liersebaan 4 • 2390 Malle • 03 380 20 11

### Identiteit van de patiënt *(kopie identiteitskaart toevoegen aub)*

Naam en voornaam: .....

Geboortedatum: .....

Adres: .....

Telefoonnummer: .....

### Identiteit van de aanvrager indien niet de patiënt *(kopie identiteitskaart toevoegen aub)*

Naam en voornaam: .....

Adres: .....

Telefoonnummer: .....

Relatie tot de patiënt:

- Vertegenwoordiger *(bewijs van vertegenwoordiging of bewijs van verwantschap toevoegen aub)*
- Vertrouwenspersoon *(formulier aanduiding vertrouwenspersoon toevoegen aub)*

### Gewenste gegevens

- Hospitalisatie van ..... tot .....
- Raadpleging of onderzoek op .....

### Motivatie of reden van de aanvraag

.....

.....

.....

### Vorm van afgifte

- Ophalen aan onthaal op vertoon van identiteitskaart
- Beveiligde elektronische verzending naar e-mailadres:

Datum aanvraag:

Handtekening aanvrager:

*Ingevuld verzenden naar AZ Voorkepen – t.a.v. Medisch Secretariaat  
Oude Liersebaan 4, 2390 Malle  
of mailen naar [medisch.secretariaat.azvk@emmaüs.be](mailto:medisch.secretariaat.azvk@emmaüs.be)*