AANVRAAGFORMULIER

Uitsluiting toegang van zorgverlener/medewerker tot medisch dossier

GEGEVENS AANVRAGER

Naam patiënt: .....

Voornaam patiënt: .....

Rijksregisternummer patiënt: .....

Tel./ GSM-nr. patiënt: .....

GEGEVENS UIT TE SLUITEN ZORGVERLENER OF MEDEWERKER

Zorgverlener of medewerker 1

Naam zorgverlener of medewerker: .....

Voornaam zorgverlener of medewerker: .....

*Optionele info ter identificatie**

RIZIV-nummer zorgverlener: .....

Dienst waarop de zorgverlener of medewerker actief is: .....

Andere info: .....

Zorgverlener of medewerker 2

Naam zorgverlener of medewerker: .....

Voornaam zorgverlener of medewerker: .....

*Optionele info ter identificatie**

RIZIV-nummer zorgverlener: .....

Dienst waarop de zorgverlener of medewerker actief is: .....

Andere info: .....

**Indien het niet duidelijk is over welke zorgverlener of medewerker de aanvraag gaat, kan het ziekenhuis bijkomende vragen stellen.*

Datum aanvraag: ...../ ...../.....

Handtekening patiënt: