

Toestemmingsformulier

Opvragen van medische gegevens

CENTRUM MEDISCHE GENETICA UZ GENT

PATIËNTGEGEVENS

Vul in of kleef adrema

Voornaam en naam: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Indien van toepassing: naam van de ouder of voogd

Voornaam en naam: _____

Adres: _____

Ik verklaar dat ik werd voorgelicht over het opvragen van medische gegevens in andere zorginstellingen of bij andere zorgverleners, door _____

- Ik geef toestemming voor het opvragen, in andere zorginstellingen of bij andere zorgverleners, van medische gegevens (medische verslagen, rapporten van technische onderzoeken, radiografieën en andere gegevens van medische aard) betreft de aandoening of vraagstelling: _____

bij:

- mezelf
- kind (< 18 jaar) of persoon met verlengde minderjarigheid waarvan ik ouder of voogd ben
- een wilsonbekwame volwassene waarvan ik ouder of voogd ben

Naam patiënt, ouder of voogd:

Naam zorgverlener:

Datum:

In opdracht van verantwoordelijke arts:

Handtekening patiënt, ouder of voogd:

Datum:

Handtekening zorgverlener:



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be