



OLV Ziekenhuis

SECRETARIAAT
IT-AFDELING
T. 053 72 89 89
F. 053 72 89 88
hermes@olvz-aalst.be

Formulier voor huisarts

Verklaring informatiedoorstroming

Patiënt

Naam/Voornaam:
geboren op: Rijksregisternummer:
Telefoon:
Adres:
Postnummer: Gemeente:

Enkel in te vullen indien wettelijk vertegenwoordiger voor de patiënt.

Naam/Voornaam:.....
geboren op:.....
Adres:.....
Postnummer:..... Gemeente:.....
Relatie tot patiënt:.....

Huisarts

Dr. :
Adres:.....
Rizivnummer:

Ik, ondergetekende, verklaar dat bovengenoemde arts mijn huisarts is en geef het OLV Ziekenhuis wel/geen/opnieuw (*) toestemming om informatie over mijn gezondheidstoestand automatisch via de resultatservers beschikbaar te stellen aan mijn huisarts.

Ik, ondergetekende, verklaar om bij weigering deze beslissing kenbaar te maken bij elke behandelend arts verbonden aan het ziekenhuis, en dit om elke zorgverstrekker een individueel correct beleid wat betreft schriftelijke en mondelinge doorstroming van informatie over mijn gezondheidstoestand ten aanzien van mijn huisarts te kunnen garanderen.

Ik, ondergetekende, verklaar de informatiebrochure te hebben ontvangen en/of volledig door het ziekenhuis te zijn geïnformeerd wat betreft draagwijdte en consequenties van mijn beslissing, even als de nodige te ondernemen stappen bij klachtenafhandeling.

Opgemaakt in twee originelen te, op datum van.....
Ondergetekende bevestigt hiervan één exemplaar te hebben ontvangen.

Handtekening patiënt:

Afgevaardigde ziekenhuis:

Campus Aalst
Moorselbaan 164
9300 Aalst
T. 053 72 41 11
F. 053 72 45 86

Campus Asse
Bloklaan 5
1730 Asse
T. 02 300 61 11
F. 02 300 63 00

Campus Ninove
Biezenstraat 2
9400 Ninove
T. 054 31 21 11
F. 054 31 21 21

Exemplaar voor de patiënt / Exemplaar voor het OLV Ziekenhuis (*)

(*): schrappen wat niet past

Gelieve dit document volledig ingevuld op te sturen of te faxen naar coördinaten in de linkerkolom.