**TOELICHTING PROCEDURE INZAGE IN HET PATIËNTENDOSSIER VAN EEN OVERLEDEN PATIËNT**

(Art. 9 §4 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt)

* Na overlijden kan onrechtstreekse inzage van het patiëntendossier gevraagd worden door de echtgeno(o)t(e), partner en bloedverwanten tot en met de tweede graad van de overleden patiënt. Binnen deze groep is er geen hiërarchie voorzien, iedereen heeft een autonoom recht.
* De wet op de patiëntenrechten voorziet enkel een onrechtstreekse inzage door een beroepsbeoefenaar (arts, verpleegkundige, vroedvrouw, apotheker, tandarts of paramedicus) die de aanvrager zelf moet aanduiden. De inzage vindt plaats in UPC KU Leuven Campus Kortenberg of Campus Gasthuisberg, (afhankelijk van de plaats van opname) en de aanvrager zelf kan niet aanwezig zijn bij de inzage. De aangeduide beroepsbeoefenaar kan het dossier inkijken en mag notities nemen om de verwanten later te informeren.
* De aanvraag moet voldoende gemotiveerd en gespecifieerd zijn en de patiënt mag zich bij leven niet uitdrukkelijk verzet hebben tegen een inzage na overlijden.
* De inzage is beperkt tot die gegevens die rechtstreeks verband houden met de door de aanvrager opgegeven motivatie. Het is dus belangrijk om de motivatie of reden van de aanvraag zo duidelijk mogelijk te omschrijven.

**BEHANDELING VAN UW VERZOEK**

U stuurt het ingevulde en ondertekende formulier samen met een kopie van uw identiteitskaart:

* Per post:
* Voor opnames op **Campus Kortenberg** (zowel voor kinderen, volwassenen en ouderen):

UPC KU Leuven Campus Kortenberg

T.a.v. Medisch Secretariaat

Leuvensesteenweg 517

3070 Kortenberg

* Voor opnames op **Campus Gasthuisberg**:

UPC KU Leuven Campus Gasthuisberg

T.a.v. Medische administratie volwassenen- en ouderenpsychiatrie

Herestraat 49

3000 Leuven

**OF**

T.a.v. Kinder-en Jeugdpsychiatrie

Herestraat 49

1. Leuven
* Via mail: **amd@upckuleuven.be** (overkoepelend voor de twee campussen)

Zodra het dossier volledig is, ontvang je een bericht en wordt de aangeduide beroepsbeoefenaar uitgenodigd om het dossier te komen inkijken.

**IDENTITEIT VAN DE OVERLEDEN PATIËNT**

* Naam en voornaam …………………………………………………………………………….
* Geboortedatum …………………………………………………………………………….

**AANVRAGER** (**kopie van de identiteitskaart toevoegen)**

* Naam en voornaam ...…………………………………………………………………………………………………………………
* Adres ……………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………………

* Telefoonnummer ...…………………………………………………………………………………………………………………
* Graad van verwantschap ……………………………………………………………………………………………………………………

**DE GEWENSTE GEGEVENS**

* Opname bij afdeling .……………………………………………. Periode/data: ……………………………….
* Ambulante consultaties bij …………………………………………….. Periode/data: ……………………………….

**MOTIVATIE OF REDEN VOOR DE AANVRAAG**

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

**MACHTIGING VOOR EEN BEROEPSBEOEFENAAR AANGEDUID DOOR DE AANVRAGER**

*Hierbij geeft ondergetekende, ……………………………………….……………… (naam aanvrager) de toestemming aan UPC KULeuven om aan ……………………………………………….……………….…… (naam beroepsbeoefenaar) inzage te verlenen in gegevens uit het patiëntendossier van ………………………………………….………………… (naam overleden patiënt).*

*De aangeduide beroepsbeoefenaar is*

*o Arts*

*o Verpleegkundige*

*o Andere: …………………………………………..*

*De beroepsbeoefenaar moet zich legitimeren met dit formulier, zijn identiteitskaart, een attest/diploma/stempel dat zijn beroepsbekwaamheid staaft of zijn RIZIV nummer.*

*De beroepsbeoefenaar bevestigt*

* *dat hij/zij enkel mondeling de informatie uit het patiëntendossier zal meedelen aan de verzoeker. Het is niet toegelaten om foto’s of kopieën te nemen van het dossier dat voor de inzage ter beschikking wordt gesteld.*
* *dat hij/zij zelf geen nabestaande is van de overleden patiënt.*

*Handtekening aanvrager Handtekening beroepsbeoefenaar: Datum:*

*……………………….……………….. ……………………………………………………. ……………………………………...*

**IN TE VULLEN OP MOMENT VAN INZAGE**

Handtekening beroepsbeoefenaar: Datum inzage:

......................................................... ……………………………………………………………..