

## Aanvraag kopie medische gegevens na overlijden

Datum aanvraag: \_\_\_\_\_



### Gegevens overleden patiënt:

<b>Partnersnaam</b>		<b>Geboortenaam</b>	
<b>Voorletters</b>		<b>Geboortedatum</b>	
<b>Straat + huisnummer</b>		<b>Woonplaats</b>	
<b>Postcode</b>		<b>Geslacht</b>	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
<b>Burgerservicenummer</b>			

### Gewenste gegevens van de overleden patiënt

<input type="checkbox"/> Kopie medisch dossier	<input type="checkbox"/> Kopie verpleegkundig dossier	<input type="checkbox"/> Overzicht opnames	<input type="checkbox"/> Overzicht afspraken
--	---	--	--

### Gegevens aanvrager:

<b>Partnersnaam</b>		<b>Geboortenaam</b>	
<b>Voorletters</b>		<b>Geboortedatum</b>	
<b>Straat + huisnummer</b>		<b>Woonplaats</b>	
<b>Postcode</b>		<b>Telefoonnummer</b>	
<b>Geslacht</b>	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	<b>Relatie tot de patiënt:</b>	
<b>E-mail</b>		<b>Kopie digitaal</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

### Reden van aanvraag:

Geef aan welke uitzondering van toepassing is, waardoor u als nabestaande wel de medische gegevens van een overleden patiënt kunt opvragen.

<b>Toestemming:</b>	<input type="checkbox"/> Er is schriftelijk of digitaal tijdens leven van de overledene vastgelegd dat u na overlijden inzage of een kopie van het medisch dossier mag krijgen. Voeg een kopie hiervan toe aan de aanvraag.
<b>Incident:</b>	<input type="checkbox"/> Er is sprake van een incident. Lever informatie aan waaruit blijkt dat er sprake is van een incident.
<b>Zwaarwegend belang:</b>	<input type="checkbox"/> Er is sprake van zwaarwegend belang. Lever informatie aan waaruit blijkt dat er sprake is van een zwaarwegend belang.
<b>Ouders van een overleden kind:</b>	<input type="checkbox"/> Voor ouders of voogden van een kind dat op het moment van overlijden nog geen 16 jaar was gelden andere regels. Licht uw aanvraag toe.

<b>De aanvraag medische gegevens betreft:</b>	
<b>Specialisme</b>	
<b>Behandelaar</b>	
<b>Periode</b>	<b>Van:</b> <span style="float: right;"><b>Tot:</b></span>
<b>Toelichting reden van de aanvraag (verplicht)</b>	
<b>Welke documenten levert u mee bij de aanvraag (verplicht)?</b>	
<b>Handtekening</b>	

Stuur dit formulier per post met een kopie van uw geldig legitimatiebewijs naar:

VieCuri Medisch Centrum  
 Afdeling CMA  
 Postbus 1926  
 5900 BX VENLO

**Vragen?**

Mail naar [cma@viecuri.nl](mailto:cma@viecuri.nl). Wij proberen u binnen 3 werkdagen een reactie te geven. Of bel naar **(077) 320 55 44**. Wij zijn telefonisch bereikbaar van maandag tot en met woensdag van 9:00 tot 12:00 uur.