

Antrag auf Einsichtnahme in die Patientenakte eines verstorbenen Patienten**IDENTITÄT DES PATIENTEN**

- Name und Vorname
- Anschrift
- Geburtsdatum

ANTRAGSTELLER (bitte Kopie des Personalausweises beifügen)

- Name und Vorname
- Anschrift
- Telefonnummer
- Beziehung zum Patienten

DIE GEWÜNSCHTEN DATEN

- **Aufnahme** auf die Station Zeitraum/Daten:
 - Medizinische Daten
 - Pflegedaten
 - Medizinische Bildgebung (RX, MRI usw.)
 - Laborergebnisse
- **Konsultation** beim Dienst Zeitraum/Daten:
 - Medizinische Daten
 - Medizinische Bildgebung (RX, MRI usw.)
 - Laboregebnisse

ANLASS ODER GRÜNDE FÜR DEN ANTRAG

Der/die Unterzeichner(in) erklärt sich mit dem Verfahren und den Bestimmungen einverstanden, die auf der Rückseite dieses Formulars aufgeführt sind.

Unterschrift Antragsteller: Datum:.....

**ERMÄCHTIGUNG FÜR EINE(N) VOM ANTRAGSTELLER BEAUFTRAGTE(N)
ANGEHÖRIGE(N) EINES MEDIZINISCHEN BERUFS**

Hiermit erteilt der/die Unterzeichner(in) (Name des Antragstellers) dem UZ Leuven die Genehmigung, (Name des/der Angehörigen eines medizinischen Berufs) Einsicht in die Daten der Patientenakte von (Name des Patienten) zu gewähren.

Unterschrift Antragsteller: Unterschrift Angehörige(r) eines medizinischen Berufs Datum:

ERLÄUTERUNG ZUM VERFAHREN FÜR DIE EINSICHTNAHME

- Die Einsichtnahme in die Akte eines verstorbenen Patienten ist nur Personen gestattet, die einen medizinischen Beruf ausüben (Ärzte, Pflegekräfte, Hebammen, Apotheker, Zahnärzte oder Angehörige der medizinischen Hilfsberufe) und von Ihnen damit beauftragt wurden. Die Einsichtnahme erfolgt im UZ Leuven
- Sie kann von einem Ehepartner, Partner und Blutsverwandten bis in den zweiten Grad beantragt werden. Innerhalb dieser Gruppe besteht keine Hierarchie. Jede Person ist autonom dazu befugt.
- Dem Antrag wird stattgegeben, wenn er begründet und näher erläutert ist und der Patient nicht ausdrücklich Einspruch dagegen eingelegt hat.
- Der Antrag bezieht sich ausschließlich auf die Daten, die in der Begründung genannt sind.

BEARBEITUNG IHRES ANTRAGS

- ⇒ Senden Sie das ausgefüllte und unterzeichnete Formular an folgende Anschrift
UZ Leuven t.a.v. dienst afschrift patiëntgegevens, Herestraat, 49, B-3000 Leuven.
Sie können das Formular auch per Fax an +32 (0)16 34 46 55 oder per E-Mail an folgende Adresse schicken: afschriftmedischdossier@uzleuven.be
- ⇒ Sobald die Akte vollständig vorliegt, erhalten Sie eine Einladung zur Einsichtnahme vor Ort.