



## BEZWAARFORMULIER OVERDRACHT BEHANDELING EN MEDISCHE GEGEVENS

Naam en voorletters \_\_\_\_\_ m / v \*

Adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_

Woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

BSN-nummer \_\_\_\_\_

Patiëntnummer \_\_\_\_\_

### Hierbij maak ik bezwaar tegen de overdracht van mijn behandeling en medische gegevens.

Let op: Als u bezwaar maakt wordt uw patiëntendossier door het Havenziekenhuis niet overgedragen aan het partnerziekenhuis. Het partnerziekenhuis heeft dan geen inzage in uw dossier bij het Havenziekenhuis.

Bij kinderen tot 12 jaar dient één van de ouders/wettelijke vertegenwoordigers bezwaar te maken namens het kind. Voor kinderen van 12 t/m 15 jaar dient zowel één van de ouders/ wettelijk vertegenwoordigers als het kind zelf (door middel van een paraaf) bezwaar te maken namens de patiënt. Kinderen van 16 jaar en ouder mogen zelf toestemming geven.

Bij meerderjarige wilsonbekwame patiënten dient één van de ouders/wettelijk vertegenwoordigers bezwaar te maken namens de patiënt.

Plaats en datum

Naam en ondertekening

Naam en ondertekening

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relatie tot patiënt:

Relatie tot patiënt:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stuur dit formulier **vóór 1 november 2017** zonder postzegel naar:

Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten B.V.

T.a.v. Zorgadministratie, Antwoordnummer 2222, 3000 WB, Rotterdam

Ik wil graag telefonisch overleg: ja/ nee \*

Er wordt zo spoedig mogelijk telefonisch contact met u opgenomen.

*\*S.v.p. doorhalen wat niet van toepassing is*