



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 en dat betekent dat de behandelrelatie met uw arts niet kan worden voortgezet. 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 bezwaar maken. Bij meerderjarige wilsonbekwame patiënten dient één van de ouders/wettelijk vertegenwoordigers bezwaar te maken namens de patiënt.

Stuur dit formulier naar Haven Service B.V., Haringvliet 2, 3011 TD Rotterdam of mail het naar informatie@havenpolikliniek.nl

Plaats en datum

Naam en ondertekening

Naam en ondertekening

Relatie tot patiënt:

Relatie tot patiënt:
