



**Formulier A**  
**De patiënt vraagt zelf**  
**een afschrift van zijn medisch dossier**

*Ik ondergetekende :*

- Naam en voornaam van de patiënt:  
.....
- Geboortedatum:  
.....
- Telefoon/GSM:  
.....
- Adres:  
.....

*wenst een afschrift te bekomen :*

- van mijn volledig medisch dossier
- van volgende gegevens uit mijn medisch dossier :
  - hospitalisatie: afdeling(en):  
datum:
  - raadpleging: afdeling(en):  
datum:

*Reden voor de aanvraag (facultatief):*



Bestemming (één keuzemogelijkheid):

- ikzelf
  - toesturen naar mijn postadres (cf. supra)
  - mij persoonlijk overhandigen in de kliniek

- mijn huisarts (naam, adres):

.....

.....

.....

.....

.....

- een arts (naam, adres):

.....

.....

.....

.....

.....

- andere:

.....

.....

.....

.....

.....

Ik ga akkoord om de kosten voor het bekomen van mijn dossier te betalen.

Datum en handtekening:

*Dit formulier moet, **met een verplichte recto-verso kopie van uw identiteitskaart**, gericht worden aan het secretariaat van de medische directie: Kruidtuinlaan 32 te 1000 Brussel (E-mail: [medischedirectie@klstjan.be](mailto:medischedirectie@klstjan.be)).*