

Aanvraagformulier uitsluiting nexuzhealth

GEGEVENS AANVRAGER

Naam patiënt

Voornaam patiënt

Rijkregisternummer patiënt

GEGEVENS UIT TE SLUITEN ZORGVERLENER OF MEDEWERKER

Zorgverlener of medewerker 1

Naam zorgverlener of medewerker

Voornaam zorgverlener of medewerker

Optionele info ter identificatie*

Riziv-nummer zorgverlener of medewerker

Dienst waarop de zorgverlener of medewerker actief is

Andere informatie

Datum aanvraag:/...../.....

Handtekening:

Gelieve dit document te ondertekenen en samen met een kopie van uw identiteitskaart te bezorgen aan de ombudsdienst van het A.S.Z., via mail naar ombudsdienst@asz.be of per brief naar A.S.Z., t.a.v. Ombudsdienst, Merestraat 80, 9300 Aalst. Zo gauw de aanvraag tot uitsluiting verwerkt is, kunt u dit zien in uw online dossier (via www.mijngezondheid.be of app mynexuzhealth).

** Indien het niet duidelijk is over welke zorgverlener of medewerker de aanvraag gaat, kan het ziekenhuis bijkomende vragen stellen.*