

**Uitsluiting van de centrale aansprakelijkheid**

Ik bevestig op de hoogte te zijn gesteld dat het algemeen ziekenhuis AZ Sint-Maria vzw niet aansprakelijk is voor de tekortkomingen begaan door de zelfstandige beroepsbeoefenaars die bij haar werkzaam zijn, met name de zelfstandige artsen, logopedisten, kinesitherapeuten, pedicuren, podologen en klinisch biologen.

**Geïnformeerde toestemming**

Ik bevestig op de hoogte te zijn gesteld van de werking van het Collaboratief Zorgplatform (COZO) en het eHealth-platform van de overheid wat de eventuele uitwisseling van mijn gezondheidsgegevens tussen zorgverleners betreft.

Ik geef hierbij de toestemming aan het ziekenhuis om de registratie voor mij te doen.

Ik geef hierbij GEEN toestemming aan het ziekenhuis. Ik verklaar de nodige informatie te hebben gekregen om dit zelf te registreren en te beheren.

Ik ga akkoord met de elektronische uitwisseling van gezondheidsgegevens tussen zorgverleners die mij in België behandelen in het kader van de zorg voor mijn gezondheid.

Ik ga akkoord met de registratie van mijn "geïnformeerde toestemming" (= "Informed Consent") bij mijn opname door de onthaalmedewerkers van het ziekenhuis. Ik ga er eveneens mee akkoord dat er, om deze elektronische uitwisseling mogelijk te maken, in een verwijzingsrepertorium wordt opgenomen op welke plaatsen informatie over mijn gezondheid beschikbaar is, bijvoorbeeld in ziekenhuizen.

Ik heb kennis genomen van het feit dat deze elektronische uitwisseling op een beveiligde manier gebeurt met respect voor de confidentialiteit en mijn rechten als patiënt en dat mij volgende garanties worden geboden:

- de elektronische uitwisseling kan slechts gebeuren na goedkeuring van het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid;
- alleen zorgverleners met wie ik daadwerkelijk een zorgrelatie heb, kunnen toegang krijgen tot mijn gezondheidsgegevens;
- een zorgverlener heeft slechts toegang tot de gezondheidsgegevens die voor hem relevant zijn in het kader van de zorg voor mijn gezondheid (overeenkomstig de machtiging van het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid);
- ik heb de mogelijkheid om aan mijn zorgverlener te vragen om bepaalde gezondheidsgegevens niet uit te wisselen;
- ik heb de mogelijkheid om specifieke zorgverleners bij naam uit te sluiten om elektronisch toegang te hebben tot mijn gezondheidsgegevens;
- ik kan vragen dat wordt geverifieerd welke zorgverlener toegang heeft gehad tot mijn gezondheidsgegevens;
- ik kan mijn toestemming op ieder ogenblik intrekken.

Ik heb tot slot kennis genomen van het feit dat ik via een afzonderlijke informatiebrochure van het AZ Sint-Maria over E-health en Cozo en via de website van het eHealth-platform of via mijn huisarts, apotheker, ziekenfonds of ziekenhuis bijkomende informatie kan verkrijgen zowel over deze garanties als over de elektronische uitwisselingen in kwestie.

**Melding bij de huisarts**

Ik verklaar mij akkoord dat mijn (huis)arts op de hoogte wordt gesteld van mijn opname in en ontslag uit het ziekenhuis.

**Toestemming in het kader van een audit**

Ik ga akkoord met de verwerking van mijn persoonsgegevens en met de inzage in mijn patiëntendossier:

- door de hoofddarts en eventuele leden van de auditcommissie (onder verantwoordelijkheid van de hoofddarts) in het kader van een algemene of een gerichte medical audit;
- door interne en externe auditeurs in het kader van een ziekenhuisaccreditatie of kwaliteitsinspectie;
- door leden van de interne kwaliteitscel in het kader van het meten en opvolgen van indicatoren; en
- door de hoofddarts, de verpleegkundig directeur en de ombudsdienst in het kader van een eventuele klacht die ik zou indienen bij de ombudsdienst.

**Privacyreglement AZ Sint-Maria vzw**

Ik bevestig op de hoogte te zijn gesteld van en akkoord te gaan met de inhoud van het privacyreglement van het AZ Sint-Maria vzw.

**Waardevolle voorwerpen of geldsommen**

Ik weet dat waardevolle voorwerpen en/of geldsommen bij voorkeur niet worden meegebracht naar het ziekenhuis. Een geldbeugel en andere persoonlijke kostbaarheden kunnen in de kluis in de kleedkast opgeborgen worden. Deze zaken kunnen ook via contactname bij het Onthaal in bewaring gegeven worden. De directie is niet verantwoordelijk voor verlies of diefstal.

**Betalingsvoorwaarden**

Onze facturen worden opgesteld onder alle voorbehoud van alle kosten en/of prestaties die tot op heden nog niet in rekening gebracht worden.

Alle facturen, rekeningen en verpleegnota's zijn contant betaalbaar te Halle.

Bij niet-betaling binnen de 30 dagen na ontvangst van de stukken is automatisch en zonder ingebrekestelling een nalatigheidsinterest van 1% per maand verschuldigd, gerekend vanaf factuurdatum. In geval van een eerste aanmaning door het ziekenhuis is een bijkomende administratie kost verschuldigd van €7,00. Vervolgens zal bij ontbreken van betaling het dossier onverwijld worden overgemaakt voor verdere invorderingen.

Indien een aangetekende ingebrekestelling door de gerechtsdeurwaarder of een gerechtelijke procedure noodzakelijk wordt om betaling te bekomen, zal er bijkomend een forfaitaire schadevergoeding van 15% van het factuurbedrag met een minimum van €75,00 aangerekend worden.

Alle klachten omtrent facturen moeten aangetekend ingediend worden binnen de 30 dagen te rekenen vanaf de verzendingsdatum van de factuur.

Latere klachten onder een andere vorm zullen niet aanvaard worden. In geval van gerechtelijke procedure zijn enkel de instellingen van het rechtsgebied waartoe het Algemeen Ziekenhuis Sint-Maria vzw behoort bevoegd.

Indien het Algemeen Ziekenhuis Sint-Maria vzw het voor de patiënt batig saldo van een factuur, tot stand gekomen ingevolge het overschrijden van het voorschot van de patiënt t.o.v. het verschuldigd bedrag aan het ziekenhuis, niet binnen de 30 dagen terugbetaalt aan de patiënt nadat de betrokken factuur met batig saldo aan de patiënt werd overgemaakt en voor zover het ziekenhuis daarbij beschikt over het juiste rekeningnummer vanwege de patiënt of in geval van overlijden, van de juiste rekeningnummers van de erfgenamen, heeft de patiënt (of erfgenamen) recht op een schadevergoeding naar gemeen recht voor deze niet-tijdige terugbetaling.

**Adreswijziging of facturatieadres**

Ik verbind er mij toe om elke adreswijziging of eventueel facturatieadres spontaan t.a.v. het diensthoofd administratie van het ziekenhuis over te maken indien nog geen factuur binnen de twee maanden volgend op het verblijf in het ziekenhuis werd bekomen.

Opgemaakt te HALLE op .....-.....-20..... in twee exemplaren

Voor de opname die start op .....-.....-20..... en geldig vanaf .....-.....-20..... om .....uur

De patiënt of zijn vertegenwoordiger	Het ziekenhuis
Voornaam, naam van de patiënt of zijn vertegenwoordiger (met rijksregisternummer)	Voornaam, naam en hoedanigheid

Deze informatie van persoonlijke aard wordt u gevraagd door de beheerder van het ziekenhuis met het oog op een correcte behandeling van uw dossier en de facturatie van uw ziekenhuisopname. Door de Wet van 08/12/1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer, hebt u recht op toegang tot en correctie van uw gegevens.