

Omgaan met medische gegevens

COLOFON

De **KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens** van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), goedgekeurd door het Federatiebestuur op 15 april 2021.

Voorop voor dokter en zorg

Artsenfederatie KNMG werkt aan de kwaliteit van onze gezondheidszorg en optimale beroepsuitoefening van ruim 67.500 artsen en studenten geneeskunde. Om te zorgen dat artsen er kunnen zijn voor iedereen die zorg nodig heeft.

Van de KNMG maken deel uit:

De Geneeskundestudent, de Federatie Medisch Specialisten, de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde (NVAB), de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) en de Vereniging van Specialisten in ouderengeneeskunde (Verenso).

[KNMG-Richtlijn Omgaan met medische gegevens](#)

Opmaak: Lawine, visuele communicatie, Utrecht, www.lawine.nl

Contactgegevens: Postbus 20051, 3502 LB Utrecht, www.knmg.nl

Overname van teksten uit deze publicatie is toegestaan onder vermelding van de volledige bronvermelding KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens, KNMG, 2021.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	10
Leeswijzer	11
Hoofdstuk 1 Het medisch beroepsgeheim	13
1.1 Waarde van het beroepsgeheim	13
1.2 Zwijgplicht en verschoningsrecht	13
1.2.1 Zwijgplicht	14
1.2.2 Verschoningsrecht	14
1.3 Omvang en duur van het beroepsgeheim	15
1.4 Uitzonderingen op het beroepsgeheim	15
1.4.1 Rechtstreeks betrokken hulpverleners	16
1.4.2 Vervanger of waarnemer	17
1.4.3 Vertegenwoordigers van minderjarige of wilsonbekwame patiënten	17
1.4.4 Therapeutische exceptie	18
1.5 Doorbreken van het beroepsgeheim	18
1.5.1 Toestemming van de patiënt	19
1.5.1.1 Machtiging	19
1.5.2 Veronderstelde toestemming van de patiënt	20
1.5.2.1 Kenbaarheid en informatieplicht	21
1.5.2.2 Verwijzing en terugkoppeling	21
1.5.2.3 Noodsituaties	21
1.5.2.4 Kwaliteitsdoeleinden	21
1.5.3 Wettelijke plichten en rechten	22
1.5.3.1 Wettelijke plicht (meldplicht)	22
1.5.3.2 Wettelijk recht (meldrecht)	22
1.5.4 Conflict van plichten	22
1.5.5 Zwaarwegend belang	23
1.6 Algemene uitgangspunten bij informatieverstrekking op verzoek van derden	24

Hoofdstuk 2 Verwerken van informatie in en buiten het dossier	26
2.1 Verwerken van medische informatie	26
2.2 Dossierplicht	27
2.3 Inhoud van het dossier	28
2.3.1 Globale inhoud	28
2.3.2 Behandel dossier	28
2.3.3 Specifieke dossiers	28
2.4 Gegevens die in het dossier thuishoren	29
2.4.1 Burgerservicenummer (BSN)	29
2.4.2 'Informed consent'	30
2.4.3 Verklaring van de patiënt	30
2.4.4 Gegevens ontvangen van anderen	31
2.4.5 Gegevens over een euthanasie	31
2.4.6 Gegevens over kindermishandeling en/of huiselijk geweld	32
2.4.7 Gegevens over incidenten	32
2.5 Informatie die niet in het dossier thuishoort	32
2.5.1 Persoonlijke werkaantekeningen	32
2.5.2 Onderzoeksinformatie over incidenten	33
2.5.3 Correspondentie over klachten en schadeclaims	33
2.5.4 Financiële informatie	34
2.5.5 Obductierapport	34
2.6 Digitaliseren van papieren dossiers en documenten	34
2.7 Bewaartermijn van het dossier	35
2.7.1 Hoofregel	35
2.7.2 Afwijken van de hoofdregel	35
2.7.3 Sectorspecifieke regelingen	37
2.8 Beheer van het dossier	38
2.9 Eigendom van het dossier	39
2.10 Overdragen van het dossier	39

2.11	Patiëntenrechten met betrekking tot gegevens en het dossier	40
2.11.1	Recht op informatie over gegevensverwerking	40
2.11.2	Recht op inzage in en afschrift van het dossier	42
2.11.3	Recht op toevoegen van een verklaring	43
2.11.4	Recht op correctie van gegevens	44
2.11.5	Recht op beperking van gegevensverwerking	44
2.11.6	Recht op dataportabiliteit van gegevens	45
2.11.7	Recht op vernietiging van dossiergegevens	45
2.11.7.1	Uitzonderingen op het vernietigingsrecht	46
2.11.8	Uitvoeringstermijn verzoeken van patiënt	48

Hoofdstuk 3 Elektronische gegevensuitwisseling 49

3.1	Algemene eisen voor het beheer van elektronische gegevens	49
3.2	Elektronische gegevensuitwisseling tussen arts en patiënt	50
3.2.1	Zorgvuldigheid en voorwaarden	50
3.2.2	Voorwaarden per communicatiemiddel	51
3.2.2.1	Gebruik van e-mail	51
3.2.2.2	Gebruik van WhatsApp en andere berichtendiensten	52
3.2.2.3	Gebruik van beeldbellen	52
3.2.2.4	Gebruik van social media	53
3.3	Voorwaarden per doel van online contact en gegevensuitwisseling	53
3.3.1	Online contact en de WGBO	53
3.3.2	Online consult met medisch advies	54
3.3.3	Online voorschrijven van geneesmiddelen	55
3.3.4	Online voorschrijven van herhaalrecepten	56
3.4	Elektronische gegevensuitwisseling tussen artsen en andere zorgverleners onderling	56
3.4.1	Patiëntgegevens versturen en dossiers delen	57
3.4.2	Gebruik van e-mail	57
3.4.3	Gebruik van WhatsApp en andere berichtendiensten	58
3.4.4	Gebruik van social media	59

3.5	Beeld- en geluidsopnamen	59
3.5.1	Opnamen in het kader van de behandeling	60
3.5.2	Opnamen in het kader van onderwijs	60
3.5.3	Opnamen van telefoongesprekken	61
3.5.4	Opnamen voor radio, televisie of internet	62
3.5.5	Cameratoezicht	63
3.5.6	Patiënt maakt opnamen	64
3.6	Persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO)	65
3.6.1	Wat is een PGO?	65
3.6.2	Verskil tussen PGO en andere informatiesystemen	65
3.6.3	Gegevensuitwisseling	66

Hoofdstuk 4 Informatieverstrekking in kader van vertegenwoordiging, overlijden, letselschade en levensverzekeringen 67

4.1	Informatieverstrekking aan vertegenwoordigers van minderjarigen en wilsonbekwamen	67
4.1.1	Vertegenwoordigers van minderjarigen tot 12 jaar.....	68
4.1.2	Vertegenwoordigers van minderjarigen van 12 tot 16 jaar	68
4.1.3	Vertegenwoordigers van minderjarigen van 16 en 17 jaar	69
4.1.4	Vertegenwoordigers van wilsonbekwame minderjarigen (0-18 jaar)	69
4.1.5	Informatie aan ouders na echtscheiding	70
4.1.6	Vertegenwoordigers van wilsonbekwame meerderjarigen	70
4.2	Informatieverstrekking na overlijden patiënt	71
4.2.1	Informatieverstrekking aan nabestaanden	72
4.2.2	Inzage in obductierapport	72
4.2.3	Informatieverstrekking bij een conflict van plichten	73
4.2.4	Informatieverstrekking vanwege wettelijke plicht	73
4.2.5	Informatieverstrekking bij een (vermoeden van een) incident	73
4.3	Informatieverstrekking in het kader van letselschade	75
4.3.1	Verzoeken om medische informatie van een belangenbehartiger van de patiënt	75
4.3.2	Verzoeken om medische informatie van de private verzekeraar van de patiënt	76

4.4	Informatieverstrekking aan een levensverzekeraar	77
4.4.1	Aangaan of wijzigen levensverzekering	77
4.4.2	Informatieverstrekking aan de Toetsingscommissie	78
4.4.3	Verzekeringskeuringen ex-kankerpatiënten	79

Hoofdstuk 5 Informatieverstrekking aan (overheids-)instanties 80

5.1	Melding van bepaalde infectieziekten aan de GGD	80
5.2	Informatieverstrekking binnen het sociaal domein	82
5.2.1	Informatieverstrekking in het kader van de Wmo 2015	82
5.2.2	Informatieverstrekking in het kader van de Jeugdwet	83
5.2.3	Schuldhelpverlening	84
5.3	Informatieverstrekking aan gezinsvoogden, Veilig Thuis en de Raad voor de Kinderbescherming (Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld)	85
5.4	Informatieverstrekking aan zorgverzekeraars	85
5.5	Informatieverstrekking aan IGJ, NZa en FIOD	87
5.5.1	Informatieverstrekking aan de IGJ	87
5.5.2	Informatieverstrekking aan de NZa en de FIOD	89
5.6	Informatieverstrekking aan politie en justitie	90
5.7	Informatieverstrekking bij juridische procedures	91
5.7.1	De arts als verweerder in klacht-, tucht- en civiele zaken	91
5.7.2	De arts als verdachte in strafzaken	93
5.7.3	De arts als getuige in een (juridische) procedure	95

Hoofdstuk 6 Informatieverstrekking in het kader van gedwongen zorg en opname (Wvggz en Wzd) 96

6.1	Achtergrondinformatie	96
6.2	Informatieverstrekking in het kader van de Wvggz	96
6.2.1	Medische verklaring voor een zorgmachtiging	98
6.2.2	Medische verklaring voor een crisismaatregel	98
6.2.3	Het overleg voor het opstellen van het zorgplan	99

6.3	Informatieverstrekking in het kader van de Wzd	99
6.3.1	Overleg voor het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan	101
6.3.2	Informatieverstrekking aan het CIZ	101
6.3.3	Medische verklaring voor een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling	102

Hoofdstuk 7 Informatieverstrekking in kader van medische beoordelingen..... 103

7.1	Medische beoordelingen	103
7.1.1	Uitgangspunten voor gegevensuitwisseling bij medische beoordelingen	104
7.1.2	Informatieverstrekking door de behandelend arts	104
7.1.3	Eisen aan de rapportage	105
7.1.4	Rapportage aan opdrachtgever	105
7.1.5	Blokkeringsrecht en recht op inzage en correctie	106
7.1.6	Bewaren van medische gegevens	107
7.2	Beoordelingen in het kader van bedrijfsgeneeskunde (arbeid, arbeidsverzuim en re-integratie)	107
7.2.1	Onderscheid vrijwillige en verplichte spreekuurcontacten	107
7.2.2	Gegevensuitwisseling tussen bedrijfsarts en werkgever bij ziekteverzuimbegleiding	108
7.2.3	Verwijzingen door de bedrijfsarts	109
7.2.4	Gegevensuitwisseling tussen bedrijfsarts en behandelend arts	110
7.2.5	Gegevensuitwisseling tussen bedrijfsarts en UWV	110
7.3	Gegevensuitwisseling in het kader van verzekeringsgeneeskunde (sociale verzekeringen).....	111
7.3.1	Informatieverstrekking door behandelend arts	111
7.3.2	Informatieverstrekking door verzekeringsarts	111
7.4	Gegevensuitwisseling bij indicatiestelling binnen het sociaal domein	111
7.5	Gegevensuitwisseling indicatiestelling voor langdurige zorg	112
7.6	Gegevensuitwisseling in het kader van een zorgverzekering	112
7.6.1	Gegevensuitwisseling bij het aangaan van een aanvullende ziektekostenverzekering	113
7.6.2	Gegevensuitwisseling bij de beoordeling van een aanspraak op zorg	113

7.7	Gegevensuitwisseling bij keuringen voor particuliere verzekeringen en aanstellingen	114
7.7.1	Aanstellingskeuringen	115
7.8	Geneeskundige verklaringen	115
7.9	Rijbewijskeuring	117
7.10	Deskundigenrapportage in juridische procedures	118

Hoofdstuk 8 Wetenschappelijk onderzoek en kwaliteitsdoeleinden..... 119

8.1	Wetenschappelijke doeleinden	119
8.2	Kwaliteitsdoeleinden	120
8.2.1	Veilig incidenten melden	121
8.2.2	Kwaliteitsvisitatie	122

Afkortingenlijst..... 124

Lijst met online verwijzingen naar andere documenten..... 126

Bijlage 1 Overzicht wijzigingen ten opzichte van richtlijn versie 2020 128

Woord vooraf

Voor u ligt de geactualiseerde versie van de KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens. In deze richtlijn wordt beschreven op welke wijze artsen, met inachtneming van hun beroepsgeheim, medische gegevens mogen verzamelen, opslaan, uitwisselen of anderszins mogen gebruiken. Het doel van de richtlijn is om de regels voor het omgaan met medische gegevens in diverse situaties uiteen te zetten en zodoende artsen een handvat te bieden. De richtlijn beschrijft de hoofdregels en uitzonderingen met betrekking tot het omgaan met medische gegevens. In concrete situaties zullen bij de toepassing van de regels alle omstandigheden van het geval moeten worden meegewogen.

Wijzigingen ten opzichte van vorige versie (2020)

De richtlijn is in 2020 in zijn geheel herzien. Naast het actualiseren en redigeren van de tekst is de indeling van de richtlijn gewijzigd (zie inhoudsopgave en leeswijzer). Ten opzichte van de vorige versie is informatie toegevoegd over de omvang en duur van het beroepsgeheim (paragraaf 1.3), therapeutische exceptie (paragraaf 1.4.4), kenbaarheid en informatieplicht (paragraaf 1.5.2.1), het recht op informatie over gegevensverwerking (paragraaf 2.11.1), verwerken van medische informatie (paragraaf 2.1), het recht op dataportabiliteit van gegevens (paragraaf 2.11.5), beeldbellen (paragraaf 3.2.2.3), de persoonlijke gezondheidsomgeving (paragraaf 3.6), verzekeringskeuringen ex-kankerpatiënten (paragraaf 4.4.3) en schuldhelpverlening (paragraaf 5.2.3). Daarnaast is het onderdeel over informatieverstrekking in het kader van gedwongen zorg en opname (Wvggz en Wzd) uitgebreid (zie hoofdstuk 6). In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de paragrafen van deze versie van de richtlijn die corresponderen met de paragrafen uit de vorige versie (2020).

In deze versie is ervoor gekozen om zoveel mogelijk te verwijzen naar andere (KNMG)-documenten die specifiek op een bepaald onderwerp ingaan, en ons in deze richtlijn met name te richten op de algemene regels.

Leeswijzer

Definitie van medische gegevens

In deze richtlijn bedoelen wij met de term 'medische gegevens':

- informatie die, direct of indirect, betrekking heeft op de gezondheid of lichamelijke en/of geestelijke gesteldheid van een herleidbare patiënt; of
- gegevens die omtrent een patiënt in het dossier van een arts zijn genoteerd.

In deze richtlijn gebruiken we voor medische gegevens zowel de term 'gegevens' als 'informatie'.

In **hoofdstuk 1** wordt ingegaan op het medisch beroepsgeheim. Dit vormt het uitgangspunt voor het omgaan met medische gegevens van patiënten.

Hoofdstuk 2 gaat over het verwerken van medische informatie in het dossier. Daarbij wordt onder meer ingegaan op de dossierplicht, de bewaartermijn en de rechten van de patiënt met betrekking tot het dossier. Ook komt aan bod welke medische informatie buiten het dossier wordt verwerkt.

Hoofdstuk 3 gaat over het elektronisch uitwisselen van medische gegevens, tussen arts en patiënt en tussen artsen en andere zorgverleners onderling. Daarnaast worden de regels voor beeld- en geluidsopnamen in de zorg behandeld. Ook wordt aandacht besteed aan gegevensuitwisseling via de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO).

Hoofdstuk 4 gaat over het verstrekken van medische informatie over een patiënt aan vertegenwoordigers, zoals ouders, een voogd of mentor. Daarnaast wordt ingegaan op informatieverstrekking na overlijden van een patiënt. Ook komt informatieverstrekking in het kader van letselschade en levensverzekeringen aan bod.

In **hoofdstuk 5** wordt ingegaan op het verstrekken van medische informatie aan (overheids)instanties. Daarbij valt te denken aan: de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), de gemeente, Veilig Thuis, zorgverzekeraars, de politie, justitie, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daarnaast wordt ingegaan op informatieverstrekking als de arts bij een juridische procedure is/wordt betrokken.

Hoofdstuk 6 is gewijd aan het verstrekken van medische informatie in het kader van gedwongen zorg en opname onder de Wet verplichte ggz (Wvvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd).

Hoofdstuk 7 behandelt de regels die gelden als er sprake is van een medische beoordeling. Specifiek wordt ingegaan op beoordelingen in het kader van bedrijfsgeneeskunde, verzekeringsgeneeskunde, indicatiestellingen en keuringen. Daarnaast komt de geneeskundige verklaring

aan bod.

Tenslotte wordt in **hoofdstuk 8** ingegaan op de voorwaarden voor het gebruik van medische gegevens voor medisch-wetenschappelijk onderzoek en kwaliteitsdoeleinden, zoals incidentmeldingen en kwaliteitsvisitaties.

Tot slot

Voor de leesbaarheid hebben wij ervoor gekozen om overal hij, hem of zijn te gebruiken. Uiteraard kunt u daarvoor ook zij of haar lezen.

Heeft u vragen over deze richtlijn, dan kunt u contact opnemen met de KNMG Artseninflijn op telefoonnummer 088 - 440 42 42 of per e-mail: artseninflijn@fed.knmg.nl.

Hoofdstuk 1

Het medisch beroepsgeheim

Het medisch beroepsgeheim geldt als basis voor de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. Artsen hebben zowel een zwijgplicht als een verschoningsrecht. In het eerste deel van dit hoofdstuk beschrijven we wat deze begrippen in de praktijk betekenen. In het tweede deel gaan we in op de uitzonderingsgevallen waarin de arts het beroepsgeheim kan doorbreken.

1.1 Waarde van het beroepsgeheim

Artsen hebben een beroepsgeheim. Het beroepsgeheim dient zowel het maatschappelijke belang als het individuele belang van de patiënt.

Het **maatschappelijke belang** van het beroepsgeheim bestaat eruit dat vrije toegang tot de zorg voor iedereen wordt gewaarborgd. Een patiënt moet zich vrij voelen om hulp en bijstand te zoeken bij een arts. En erop kunnen vertrouwen dat zijn gegevens bij elke arts veilig zijn. Wanneer patiënten daaraan twijfelen, kan dit tot gevolg hebben dat zij zorg gaan mijden. Dit kan tot gezondheidsschade leiden voor zowel de patiënt als de maatschappij.

Het **individuele belang** van het beroepsgeheim betreft het recht van de patiënt op bescherming van zijn privacy. Tevens dient het beroepsgeheim het gezondheidsbelang van de individuele patiënt. Het recht op privacy houdt in dat een patiënt er zeker van moet zijn dat de informatie die hij aan zijn arts verschaft, niet zonder zijn toestemming voor andere doelen wordt gebruikt of aan derden wordt verstrekt. Het gezondheidsbelang houdt in dat de patiënt door het beroepsgeheim weet dat hij alles met betrekking tot zijn gezondheid en persoonlijke situatie aan de arts kan vertellen.

1.2 Zwijgplicht en verschoningsrecht

Het beroepsgeheim bestaat uit een zwijgplicht en een verschoningsrecht. De arts heeft een zwijgplicht tegenover iedereen, behalve de patiënt. De arts heeft een verschoningsrecht tegenover de rechter, de rechter-commissaris, de officier van justitie en de politie.

1.2.1 Zwijgplicht

De arts heeft de plicht om te zwijgen over alles wat hem over een patiënt bekend wordt tijdens de uitoefening van zijn vak.

Elke arts is verplicht om te zwijgen over alles wat hij tijdens zijn beroepsuitoefening over een patiënt te weten komt. Dit moet ruim worden uitgelegd. Ook het gegeven dat een patiënt onder behandeling is bij een arts, valt bijvoorbeeld onder de zwijgplicht. De arts moet ervoor zorgen dat er geen inlichtingen over de patiënt worden verstrekt aan anderen. Ook moet hij ervoor zorgen dat anderen geen inzage krijgen in - of een afschrift krijgen van - (een deel van) het medisch dossier van de patiënt.

De zwijgplicht van artsen, ook wel de geheimhoudingsplicht genoemd, komt in verschillende wetten en regelingen aan de orde. Zo is de zwijgplicht voor alle beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg geregeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).¹ Ook in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) heeft het beroepsgeheim een plek.² Daarnaast is het opzettelijk schenden van de geheimhouding strafbaar gesteld in het Wetboek van Strafrecht (WvSr).³

Ook in de [KNMG gedragsregels voor artsen](#) en de [artseneed](#) is de zwijgplicht van de arts opgenomen.

Afgeleid beroepsgeheim

Niet alle personen die bij de hulpverlening betrokken zijn, hebben een (door de wet erkend) beroepsgeheim. Er geldt een afgeleid beroepsgeheim voor personen die geen zelfstandige geheimhoudingsplicht hebben, maar wel beroepsmatig kennis krijgen van, of toegang hebben tot patiëntgegevens. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om assistenten, secretaresses, telefonistes, ICT-medewerkers, stagiaires en portiers. Deze geheimhoudingsplicht kan worden vastgelegd in een arbeidscontract of geheimhoudingsverklaring.

1.2.2 Verschoningsrecht

De arts heeft een verschoningsrecht tegenover rechters, het Openbaar Ministerie (justitie) en politie. Op grond hiervan mag hij weigeren om een getuigenverklaring af te leggen of vragen te beantwoorden, als hij hierdoor zijn geheimhoudingsplicht zou schenden.

Krijgt de arts vragen voorgelegd door justitie of politie, dan beoordeelt hij zelf of hij zich hiervoor op zijn verschoningsrecht beroept. Dit geldt ook als de patiënt hem toestemming heeft gegeven om de vragen te beantwoorden. De arts moet die toestemming wel betrekken bij zijn afweging, maar hij beslist zelf of hij de gevraagde informatie verstrekt of niet.

¹ Artikel 88 Wet BIG.

² Artikel 7:457 lid 1 BW.

³ Artikel 272 WvSr.

De rechter toetst een beroep op het verschoningsrecht in beginsel marginaal. Daarbij kijkt hij naar de vraag of de omstandigheden zo uitzonderlijk zijn dat het belang van geheimhouding moet wijken voor het belang dat de waarheid aan het licht komt.⁴

Afgeleid verschoningsrecht

Niet alle beroepsbeoefenaren met een geheimhoudingsplicht (op grond van de wet of een contract) hebben een eigen verschoningsrecht. Medewerkers zonder eigen verschoningsrecht, zoals secretaresses, operatieassistenten, telefonistes en portiers, kunnen zich zo nodig beroepen op een afgeleid verschoningsrecht. Het verdient aanbeveling om hierop te wijzen in de arbeidsovereenkomst van deze personen. De raad van bestuur (RvB) van een instelling heeft ook een afgeleid verschoningsrecht. Wordt de RvB of een medewerker zonder eigen verschoningsrecht door justitie of politie verzocht om informatie over een patiënt te verstrekken? Dan moet de RvB of de medewerker die vraag aan de arts voorleggen. De arts beslist of de informatie wordt verstrekt.

1.3 Omvang en duur van het beroepsgeheim

Het beroepsgeheim omvat alle informatie die een arts in de uitoefening van zijn beroep over een patiënt te weten komt. Ook het enkele feit dat een patiënt onder behandeling is bij een arts, valt al onder het beroepsgeheim. Daarnaast geldt het beroepsgeheim onder meer voor:

- informatie die een patiënt zelf aan een arts toevertrouwt;
- gegevens die de arts over de patiënt verzamelt, zoals de anamnese, diagnose, laboratoriumuitslagen, röntgenfoto's, behandeling en medicatie;
- informatie die de arts buiten de patiënt om te weten komt;
- informatie die anderen over de patiënt verstrekken;
- niet medische informatie, zoals NAW-gegevens, informatie over de gezinssituatie of privé-omstandigheden van de patiënt.

Het beroepsgeheim blijft ook na de dood van de patiënt gelden (zie [paragraaf 4.2](#)).

1.4 Uitzonderingen op het beroepsgeheim

Artsen mogen aan anderen dan de patiënt geen informatie over de patiënt verstrekken:

Onder 'anderen dan de patiënt' zijn **niet** begrepen:

- personen die rechtstreeks betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt, voor zover de informatieverstrekking noodzakelijk is voor het verrichten van de door hen in dat kader te verrichten werkzaamheden ([paragraaf 1.4.1](#)).⁵
- vervangers van artsen, voor zover de informatieverstrekking noodzakelijk is voor het verrichten van diens werkzaamheden ([paragraaf 1.4.2](#)).⁶
- personen die optreden als vertegenwoordiger van de patiënt, bijvoorbeeld een ouder, curator of mentor, tenzij de informatieverstrekking in strijd is met goed hulpverlenerschap ([paragraaf 1.4.3](#)).⁷

⁴ HR 21 oktober 2008, NJ 2008, 630.

⁵ Artikel 7:457 lid 2 BW.

⁶ Artikel 7:457 lid 2 BW.

⁷ Artikel 7:457 lid 3 BW.

- anderen, bijvoorbeeld familieleden die de patiënt verzorgen, wanneer het informeren van de patiënt kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt oplevert.⁸ Deze kunnen dan buiten de patiënt om worden geïnformeerd in plaats van de patiënt zelf ([paragraaf 1.4.4](#)).

Hieronder worden deze uitzonderingen toegelicht.

1.4.1 Rechtstreeks betrokken hulpverleners

De zwijgplicht geldt niet tussen hulpverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van een behandelingsovereenkomst.

Hulpverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van een behandelingsovereenkomst, worden ook wel 'rechtstreeks betrokkenen' genoemd. Tussen deze hulpverleners geldt de zwijgplicht niet. Dit betekent dat aan rechtstreeks betrokkenen informatie over de patiënt mag worden verstrekt, voor zover dit noodzakelijk is voor de door hen te verrichten werkzaamheden. Wanneer hiervan sprake is, is dus geen toestemming van de patiënt vereist. Wel moet deze wijze van informatieverstrekking voor de patiënt kenbaar zijn. De patiënt heeft het recht om hiertegen bezwaar te maken.⁹

Rechtstreeks betrokkenen zijn in het algemeen personen die als behandelteam, op gelijkgerichte wijze, betrokken zijn bij de uitvoering van dezelfde behandelingsovereenkomst met een patiënt. Te denken valt aan personen die de arts bij zijn werkzaamheden assisteren, zoals verpleegkundigen en assistenten. Daarnaast valt onder de rechtstreeks betrokkenen ook bijvoorbeeld de collega-vakgenoot aan wie advies wordt gevraagd in het kader van de behandeling.¹⁰ En de patholoog die op verzoek van de behandelend arts weefsel van een patiënt beoordeelt.

Rechtstreeks betrokkenen mogen alleen informatie over de patiënt ontvangen die noodzakelijk is voor hun werkzaamheden bij de behandeling of begeleiding van de patiënt. De aard en de omvang van de benodigde informatie vloeit voort uit de werkzaamheden die deze personen verrichten. De behandelend arts moet nagaan welke informatie noodzakelijk en relevant is. Daarbij moet hij extra alert zijn als het gaat om het verstrekken van mogelijk voor de patiënt privacygevoelige gegevens.

Voor hulpverleners die niet rechtstreeks bij de uitvoering van een behandelingsovereenkomst betrokken zijn, geldt het beroepsgeheim. Een arts mag alleen informatie verstrekken als er sprake is van een van de doorbrekingsgronden (zie [paragraaf 1.5](#)).

⁸ Artikel 7:448 lid 4 BW.

⁹ Zie [paragraaf 1.5.2.1](#) voor meer informatie over het maken van bezwaar.

¹⁰ Zie Kamerstukken II 1989/90, 21561,3 (MvT) (p.39) en Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 4 Toegang tot patiëntengegevens (p. 18/19).

1.4.2 Vervanger of waarnemer

De zwijgplicht geldt niet tegenover een vervanger van de behandelend arts.

Een behandelend arts heeft geen zwijgplicht tegenover een arts die als zijn vervanger, ook wel waarnemer genoemd, optreedt. De vervanger heeft daarom toegang tot de dossiers van patiënten die hij tijdens de waarneming ziet. De patiënt mag hiertegen bezwaar maken.¹¹ In dat geval mag de vervanger het dossier niet inzien. De vervanger mag de patiënt er dan wel op wijzen dat het nadelig kan zijn voor de behandeling als hij het dossier niet mag inzien.

Een arts mag aan degene die hem vervangt (bijvoorbeeld wegens ziekte of vakantie) vooraf specifieke informatie over een patiënt verstrekken. Bijvoorbeeld om de vervanger voor te bereiden op een zorgvraag, die zich tijdens de waarneming kan voordoen. Op grond van de wet mag hij die informatie verstrekken zonder toestemming van de patiënt.

Nadat een patiënt is gezien door een vervanger, is het gebruikelijk dat de eigen arts hiervan op de hoogte wordt gesteld. Hiervoor is geen expliciete toestemming van de patiënt nodig. Op verzoek van de patiënt mag de vervanger op grond van 'goed hulpverlenerschap' ook besluiten om geen gegevens aan de eigen arts te verstrekken. Hij moet deze beslissing dan wel kunnen onderbouwen. De eigen arts neemt de overgedragen informatie in zijn geheel of gedeeltelijk over in het dossier van de patiënt. De patiëntenrechten (inzage en afschrift) zijn op deze gegevens van toepassing.

Huisartsenpost

De huisartsenpost en de daar beschikbare dienstdoende artsen worden beschouwd als vervangers van de behandelend arts. In dat kader hebben zij, indien mogelijk en noodzakelijk, toegang tot het dossier van een patiënt. In de praktijk verloopt die toegang via het Landelijk Schakelpunt (LSP). Dienstdoende artsen op de huisartsenpost hebben alleen toegang als de patiënt daar vooraf uitdrukkelijke toestemming voor heeft gegeven aan de eigen huisarts.¹² Zij hebben geen toegang tot het hele huisartsendossier, maar tot een samenvatting daarvan.

1.4.3 Vertegenwoordigers van minderjarige of wilsonbekwame patiënten

De zwijgplicht geldt niet tegenover personen die optreden als vertegenwoordiger van de patiënt, bijvoorbeeld een (met gezag belaste) ouder, curator of mentor.

Als een patiënt minderjarig en/of wilsonbekwaam is, wordt hij vertegenwoordigd door een andere persoon, bijvoorbeeld zijn ouder(s) of een voogd. Hiervoor gelden specifieke regels. Zie hiervoor [paragraaf 4.1](#).

¹¹ De patiënt moet wel op de hoogte zijn gesteld dat hij bezwaar kan maken, zie [paragraaf 1.5.2.1](#) voor meer informatie over het maken van bezwaar.

¹² Artikel 15a Wabvpz.

1.4.4 Therapeutische exceptie

In uitzonderlijke situaties kan de arts, wanneer het informeren van de patiënt kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt oplevert, anderen, bijvoorbeeld familieleden die de patiënt verzorgen, buiten de patiënt om informeren in plaats van de patiënt zelf.

Deze uitzondering wordt de 'therapeutische exceptie' genoemd.¹³ Er dient terughoudend om te worden gegaan met deze uitzondering. Deze uitzondering mag alleen worden toegepast als het informeren van de patiënt kennelijk ernstig nadeel voor hem oplevert. Deze uitzondering biedt de arts te mogelijkheid om anderen, bijvoorbeeld familieleden die de patiënt verzorgen buiten de patiënt om, te informeren in plaats van de patiënt zelf. Voordat de arts hiertoe besluit, moet hij eerst een collega raadplegen.

Een voorbeeld is de situatie waarin een arts een zeer ongunstige prognose moet meedelen aan een patiënt die in een labiele psychische toestand verkeert. De arts kan in zo'n geval inschatten dat deze mededeling zou kunnen leiden tot een ernstige psychische crisis bij de patiënt en een mogelijke poging tot zelfdoding. In zo'n geval kan de arts in het belang van de patiënt besluiten om de informatie aan een ander dan de patiënt te verstrekken. Dit kan hij ook doen als het voor de genezing van de patiënt noodzakelijk is dat diens echtgenoot of kinderen, die hem verzorgen of opvangen, bepaalde gedragsregels in acht nemen. Zodra er niet meer gevreesd hoeft te worden voor het 'nadeel' voor de patiënt, informeert de arts de patiënt alsnog.

1.5 Doorbreken van het beroepsgeheim

Het beroepsgeheim is niet absoluut. Er zijn situaties waarin een arts het beroepsgeheim mag doorbreken. Wel is grote terughoudendheid geboden als het gaat om het doorbreken van het beroepsgeheim. De arts kan bij deze afweging gebruikmaken van de [ethische toolkit van de KNMG](#).

Het gaat om een beperkt aantal doorbrekingsgronden. Hieronder bespreken we de volgende:

- Er is toestemming van de patiënt ([paragraaf 1.5.1](#)).
- Er is veronderstelde toestemming van de patiënt ([paragraaf 1.5.2](#)).
- Er gelden wettelijke plichten of rechten ([paragraaf 1.5.3](#)).
- Er is sprake van een conflict van plichten ([paragraaf 1.5.4](#)).
- Er is sprake van een zwaarwegend belang ([paragraaf 1.5.5](#)).

¹³ Artikel 7:448 lid 4 BW.

1.5.1 Toestemming van de patiënt

Als een arts toestemming heeft van de patiënt, mag hij informatie over deze patiënt aan anderen verstrekken. De toestemming van de patiënt moet een vrije keuze zijn en hij moet de gevolgen ervan kunnen overzien.¹⁴

Daarom kan de patiënt die toestemming alleen geven als hij vooraf is ingelicht over het doel, de inhoud en de mogelijke gevolgen van de informatieverstrekking. De arts moet zich ervan vergewissen dat de patiënt hiervan op de hoogte is.

De patiënt kan zijn toestemming zowel mondeling als schriftelijk geven. Het is raadzaam een mondeling gegeven toestemming in het medisch dossier aan te tekenen of de schriftelijke toestemming aan het medisch dossier toe te voegen. In de wet is niet voorgeschreven dat de patiënt de toestemming schriftelijk geeft, maar in sommige gevallen kan dit verstandig zijn vanwege de aantoonbaarheid van de toestemming.¹⁵

De toestemming van de patiënt verplicht de arts overigens niet om de informatie ook daadwerkelijk aan anderen te verstrekken. Denk hierbij aan de situatie waarin de arts concrete aanwijzingen heeft dat de patiënt zijn toestemming niet vrijwillig heeft gegeven. In dat geval ligt het voor de hand dat de arts hierover met de patiënt overlegt.

1.5.1.1 Machtiging

Een patiënt kan schriftelijke toestemming geven aan de arts om zijn medische gegevens voor een bepaald doel aan derden te verstrekken. Uit de machtiging moet blijken:

- welke informatie mag worden verstrekt;
- aan wie de informatie mag worden verstrekt; en
- voor welk doel.

De machtiging dient zo specifiek mogelijk te zijn toegesneden op dit doel. Ook moet de machtiging helder en duidelijk zijn geformuleerd om verwarring daarover te voorkomen.

Als de patiënt eerder een machtiging heeft afgegeven hoeft de informatieverstrekkende arts niet altijd de patiënt om toestemming te vragen om de gegevens te verstrekken. In een aantal gevallen zal in de machtiging aangegeven zijn wat de geldigheidsduur van de machtiging is. Staat dit niet vermeld, dan moet dit worden bepaald aan de hand van de inhoud, zoals het doel, van de machtiging. Kan dit doel niet meer bereikt worden dan is de machtiging niet meer geldig. Een voorbeeld is de machtiging met het doel informatie te verschaffen in verband met een medische keuring. Is die keuring al geweest, of heeft de patiënt zich teruggetrokken uit de keuring, dan verliest de machtiging zijn geldigheid.

¹⁴ Artikel 7:457 lid 1 BW.

¹⁵ Artikel 7 lid 1 AVG.

Is een machtiging gegeven, dan wil dit overigens niet zeggen dat de arts verplicht is informatie te verschaffen. Is er twijfel over de juistheid en/of volledigheid van de machtiging dan doet de arts er verstandig aan contact op te nemen met de patiënt of de vragende partij en te vragen of de machtiging juist is. Twijfel kan bijvoorbeeld ontstaan als gegevens aan een belangenbehartiger moeten worden verstrekt, als het om gevoelige gegevens gaat, of als twijfelachtig is of de gevraagde informatie wel noodzakelijk is voor het doel.

1.5.2 Veronderstelde toestemming van de patiënt

Soms mag de arts de toestemming van de patiënt voor het verstrekken van informatie veronderstellen. In die gevallen moet de patiënt wel weten dat de arts informatie aan anderen kan verstrekken. De patiënt heeft het recht om hiertegen bezwaar te maken.

In de volgende situaties mag worden uitgegaan van veronderstelde toestemming van de patiënt:

- verwijzing en terugkoppeling;
- noodsituaties;
- kwaliteitsdoeleinden.

1.5.2.1 Kenbaarheid en informatieplicht

De patiënt moet weten dat in bepaalde gevallen zijn toestemming voor informatieverstrekking wordt verondersteld én dat hij daartegen bezwaar kan maken. Daarom moet hij hiervan op de hoogte worden gesteld. Deze informatieplicht (zie paragraaf 2.11.1) kan in de praktijk worden vervuld door een (online) privacystatement of een patiëntenfolder, waarin de mogelijkheid van veronderstelde toestemming in bovengenoemde situaties wordt uitgelegd, en de patiënt hier vooraf op te wijzen. Bijvoorbeeld bij de aanmelding of in de afspraakbevestiging. De arts kan de patiënt ook in een persoonlijk gesprek informeren over de mogelijkheid van informatieverstrekking op grond van veronderstelde toestemming.

Een arts mag de toestemming van een patiënt voor het verstrekken van informatie alleen veronderstellen als:

- de patiënt voorafgaand aan de informatieverstrekking kennis heeft kunnen nemen van de mogelijkheid dat zijn toestemming in bepaalde situaties mag worden verondersteld (tenzij dit niet mogelijk is, bijvoorbeeld in noodsituaties); én
- de patiënt daartegen geen bezwaar heeft gemaakt.

Als er aanleiding is om aan te nemen dat de patiënt niet met de informatieverstrekking zou instemmen, bijvoorbeeld als de patiënt hiertegen al eerder bezwaar heeft gemaakt, doet de arts er verstandig aan expliciete toestemming van de patiënt te vragen.

1.5.2.2 Verwijzing en terugkoppeling

Bij een verwijzing van een patiënt naar een andere hulpverlener, zoals naar een medisch specialist, verstrekt de verwijzende arts gegevens die relevant zijn voor de verwijzing. Hij mag daarbij uitgaan van de veronderstelde toestemming van de patiënt.

Voorheen was het gebruikelijk dat een verwijzende arts medische informatie over de patiënt meestuurde in een zogeheten verwijsbrief. Tegenwoordig vindt verwijzing vaak digitaal plaats, zoals via de verwijsapplicatie van Zorgdomein, waarbij de verwijzer alle relevante patiëntengegevens digitaal verstuurt. Omdat de patiënt instemt met de verwijzing, mag de verwijzende arts veronderstellen dat de patiënt ook instemt met het verstrekken van informatie aan de medisch specialist of aan het laboratorium in het geval er diagnostiek wordt aangevraagd. De arts informeert de patiënt vooraf over de gegevensuitwisseling. De patiënt kan bezwaar maken tegen deze gegevensuitwisseling. In dat geval mag de arts de gegevens niet verstrekken.

In de verwijsbrief en in de digitale verwijzing worden alleen gegevens opgenomen die noodzakelijk zijn voor de verwijzing.¹⁶ De ontvangende arts voegt de verwijsbrief (of de relevante delen daaruit) toe aan het medisch dossier van de patiënt.

Met het oog op de kwaliteit en continuïteit van de zorg is het gebruikelijk dat een medisch specialist die een patiënt na een verwijzing heeft behandeld, de verwijzer op de hoogte stelt. Deze terugkoppeling gebeurt meestal via een specialistenbrief. Daarbij geeft de specialist een antwoord op de vraag die de verwijzer heeft gesteld. De medisch specialist mag de brief met veronderstelde toestemming van de patiënt naar de verwijzer sturen. In veel gevallen kan hij veronderstellen dat die toestemming er is.¹⁷ De verwijzer neemt de specialistenbrief (of relevante delen daaruit) op in het dossier van de patiënt.

1.5.2.3 Noodsituaties

In spoedgevallen is het niet altijd mogelijk om toestemming te vragen aan de patiënt (of diens vertegenwoordiger) voor het raadplegen van zijn medische gegevens. Dan kan de arts in bepaalde gevallen de toestemming van de patiënt veronderstellen. Bijvoorbeeld als een patiënt bewusteloos wordt binnengebracht op de spoedeisende hulp en direct behandelen noodzakelijk is. Via het LSP kunnen geen gegevens worden geraadpleegd bij de huisarts als de patiënt vooraf geen uitdrukkelijke toestemming heeft verleend.¹⁸

1.5.2.4 Kwaliteitsdoeleinden

Medische gegevens van patiënten kunnen worden gebruikt voor kwaliteitsdoeleinden, zoals incidentmeldingen en kwaliteitsvisitaties. Het gebruik van de gegevens voor deze doelen ligt in het verlengde van het verlenen van goede zorg. De toestemming van de patiënt voor het gebruiken van gegevens voor deze kwaliteitsdoeleinden mag worden verondersteld. Zie ook [paragraaf 8.2](#).

¹⁶ Zie hiervoor bijv. de [Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist](#) (Richtlijn HASP) van de NHG en FMS.

¹⁷ In de [landelijke samenwerkingsafspraken tussen de GGZ en huisartsen](#) wordt aanbevolen dat een behandelaar in de GGZ na een consultatie, de intake en bij het afsluiten van de behandeling alleen een terugkoppeling aan de huisarts mag geven als de patiënt hiervoor toestemming geeft.

¹⁸ Een uitzondering hierop is de zogeheten "corona-opt-in". Daardoor is tijdelijk inzage via het LSP mogelijk door de huisartsenpost en SEH in de gegevens bij de eigen huisarts, als een patiënt daarvoor nog geen keuze (ja of nee) heeft doorgegeven. Zie daarover: [Corona opt-in | Volggezorg](#).

1.5.3 Wettelijke plichten en rechten

Volgens de wet heeft de arts soms de verplichting en soms het recht om het beroepsgeheim te doorbreken.

Voor het verstrekken van medische informatie op grond van een meldplicht of meldrecht, is geen toestemming van de patiënt vereist. Indien het mogelijk is, moet de arts de patiënt over de (voorgenomen) verstrekking informeren. Overigens mag alleen informatie worden verstrekt die noodzakelijk is voor het doel van de betreffende wetsbepaling.

1.5.3.1 Wettelijke plicht (meldplicht)

Een arts mag zijn beroepsgeheim doorbreken als een wettelijke bepaling hem verplicht om informatie over een patiënt aan een derde te verstrekken. Voorbeelden zijn de verplichte melding van een infectieziekte aan de GGD op grond van de Wet publieke gezondheid (zie [paragraaf 5.1](#)), informatieverstrekking door verzekeringsartsen in het kader van de uitvoering van sociale verzekeringen (zie [paragraaf 7.3.2](#)), informatieverstrekking aan gezinsvoogden in het kader van een ondertoezichtstelling (zie [paragraaf 5.3](#)) en de meldingsprocedure bij euthanasie (zie [paragraaf 4.2.4](#)).

1.5.3.2 Wettelijk recht (meldrecht)

Er zijn ook wettelijke bepalingen die de arts niet de plicht, maar het recht geven om het beroepsgeheim te doorbreken. Zo mag een arts bijvoorbeeld zonder toestemming gegevens verstrekken aan Veilig Thuis, als dat noodzakelijk is om kindermishandeling en/of huiselijk geweld te stoppen of om een redelijk vermoeden hiervan te laten onderzoeken.¹⁹ In dergelijke gevallen maakt de arts een afweging of hij van dit meldrecht gebruikmaakt. Hiervoor moet hij de [KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld](#) volgen en het daarin opgenomen afwegingkader gebruiken (zie [paragraaf 5.3](#)).

1.5.4 Conflict van plichten

Heeft een arts informatie over een patiënt die hij vanwege zijn beroepsgeheim niet mag prijsgeven, maar komt hierdoor een ander concreet belang in het gedrang? Dan kan hij in een 'conflict van plichten' komen. In dat geval kan hij besluiten het beroepsgeheim te doorbreken.

Bij een conflict van plichten gaat het om situaties waarin de arts meent zijn zwijgplicht te moeten doorbreken, omdat een ander concreet belang zwaarder weegt én omdat hij met het doorbreken van de zwijgplicht een ernstig nadeel voor de patiënt of een andere persoon kan voorkómen.

¹⁹ Artikel 5.2.6 Wmo 2015.

Een voorbeeld van zo'n situatie is het geval waarin de patiënt aangeeft dat hij een bepaalde persoon iets ernstigs wil aandoen. Het belang van die persoon kan dan zwaarder wegen dan het belang van de patiënt op geheimhouding (individuele belang) en het belang dat vrije toegang tot de zorg voor iedereen wordt gewaarborgd (maatschappelijke belang). In deze situatie zou de arts kunnen besluiten om zijn beroepsgeheim te doorbreken en de politie (of het slachtoffer) in te lichten over het voorgenomen plan van de patiënt. Een ander voorbeeld is een patiënt die stonkdronken in zijn auto naar huis wil gaan. Door de politie in te schakelen kan de arts voorkomen dat een ander hierdoor mogelijk schade ondervindt.

In beide gevallen moet de arts een afweging maken tussen verschillende belangen: het belang van de patiënt dat zijn geheim bewaard blijft versus een ander belang. Het is altijd de beslissing van de arts om de zwijgplicht al dan niet te doorbreken. Besluit een arts zijn zwijgplicht te doorbreken, dan is hij niet strafbaar als hij zich met succes kan beroepen op overmacht.²⁰ Om een beroep te kunnen doen op het 'conflict van plichten' moeten in beginsel alle onderstaande voorwaarden zijn vervuld:

- Alles is in het werk gesteld om toestemming tot doorbreking van het geheim te verkrijgen.
- Het niet-doorbreken van het geheim levert voor een ander ernstige schade op.
- De arts verkeert in gewetensnood door het handhaven van de zwijgplicht.
- Er is geen andere weg dan doorbreking van het geheim om het probleem op te lossen.
- Het moet vrijwel zeker zijn dat door de geheimdoorbreking de schade aan de ander kan worden voorkomen of beperkt.
- Het geheim wordt zo min mogelijk geschonden.

Als het mogelijk is, moet de arts aan de patiënt melden dat hij de informatie aan een ander (heeft) verstrekt.

1.5.5 Zwaarwegend belang

Iemand die meent dat hij een zwaarwegend belang heeft bij het ontvangen van bepaalde gegevens, zal de arts daarvan moeten overtuigen. De arts moet dan dat zwaarwegend belang afzetten tegen het belang van geheimhouding.

In de civielrechtelijke jurisprudentie is het 'zwaarwegend belang' geaccepteerd als uitzondering op de geheimhoudingsplicht. Het 'zwaarwegend belang' lijkt op het 'conflict van plichten', maar bij het 'zwaarwegend belang' is het niet vereist dat er ernstig nadeel kan worden voorkomen door het doorbreken van de geheimhoudingsplicht.

Volgens de Hoge Raad (HR) kan er reden zijn om het beroepsgeheim te doorbreken als er voldoende concrete aanwijzingen bestaan dat een ander zwaarwegend belang geschaad zou kunnen worden. In de jurisprudentie is als zwaarwegend belang onder meer het recht op informatie over afstamming, informatie over ernstige erfelijke aandoeningen of informatie over een besmettelijke

²⁰ Artikel 40 WvSr.

aandoening geaccepteerd. Of sprake is van een zwaarwegend belang, hangt af van de omstandigheden van het geval.

Van een zwaarwegend belang is niet snel sprake. Een arts mag daarom niet te gemakkelijk zijn beroepsgeheim doorbreken op grond van een zwaarwegend belang.

Nabestaanden

Nabestaanden hebben recht op inzage in, en een afschrift van gegevens uit het dossier van een overleden patiënt, als zij kunnen aantonen dat inzage noodzakelijk is voor een zwaarwegend belang.²¹ Zie hiervoor hoofdstuk 6 van de KNMG-handreiking Inzage in medische dossiers door nabestaanden.

1.6 Algemene uitgangspunten bij informatieverstrekking op verzoek van derden

Wanneer een arts een verzoek krijgt van een derde om gegevens over een patiënt te verstrekken moet hij een aantal algemene uitgangspunten in acht nemen.

Bij informatieverstrekking op verzoek van derden gelden de volgende uitgangspunten:

- Het beroepsgeheim staat voorop: het doorbreken van het beroepsgeheim mag niet, tenzij er een doorbrekingsgrond van toepassing is (zie paragraaf 1.5).
- De vragende partij heeft aangegeven:
 - met welk doel hij de gegevens opvraagt;
 - welke gegevens hij al heeft (indien van toepassing); en
 - welke aanvullende gegevens hij van de verstrekken arts wil ontvangen.
- Als er een doorbrekingsgrond van toepassing is:
 - verstrekt de arts niet meer informatie dan nodig is voor het doel van de doorbreking. De informatieverstrekking dient proportioneel te zijn.
 - beperkt de arts zich tot het verstrekken van feitelijke informatie over de gezondheid van de patiënt.
- De communicatie tussen de arts en de ontvanger van de informatie vindt zo mogelijk schriftelijk plaats.

Dossier opvragen

In de praktijk blijkt dat patiënten soms op verzoek van een instantie een afschrift van het hele dossier opvragen, om dit aan die instantie te overhandigen. Dit gebeurt bijvoorbeeld soms bij de aanvraag van een voorziening. Hoewel de patiënt recht heeft op een afschrift van zijn dossier, is het niet de bedoeling om een heel dossier aan een instantie over te dragen. Dit is doorgaans niet proportioneel en artsen wordt geadviseerd om de patiënt hierop te wijzen.

²¹ Artikel 7:458a lid 1 onder c BW.

Reactie binnen redelijke termijn

Krijgt een arts een informatieverzoek van een derde en wordt aan bovenstaande voorwaarden voldaan? Dan wordt in het algemeen van de arts verwacht dat hij binnen een redelijke termijn aan zo'n verzoek meewerkt. Een van de redenen hiervoor is om te voorkomen dat dubbel onderzoek plaatsvindt; dit is vaak kostbaar en voor de patiënt belastend. Wat een redelijke termijn is, hangt af van de specifieke omstandigheden van het geval.

Hoofdstuk 2

Verwerken van informatie in en buiten het dossier

Artsen verzamelen, gebruiken en bewaren informatie over hun patiënten. Dat doen ze zowel binnen als buiten het medisch dossier. In dit hoofdstuk beschrijven we de regels die hiervoor gelden als het gaat om de inhoud van het dossier, de bewaartermijn, het beheer en de overdracht. Ook gaan we in op de rechten van de patiënt ten aanzien van zijn informatie in het dossier, zoals wanneer hij die gegevens mag inzien of corrigeren.

2.1 Verwerken van medische informatie

Artsen verwerken informatie over hun patiënt. Deze informatie kan zowel in als buiten het dossier worden verwerkt. Het verwerken van medische informatie is gebonden aan wet- en regelgeving.

In hun dagelijkse praktijk zijn artsen veel bezig met het verwerken van informatie. Zo moeten zij van elke patiënt een dossier bijhouden waarin zij gegevens vastleggen die voor de behandeling relevant zijn. Informatie over patiënten kan ook buiten het dossier verwerkt worden. Denk bijvoorbeeld aan beeld- of geluidsopnamen die in het kader van de opleiding tot arts worden gemaakt.

De twee belangrijkste wetten voor het verwerken van informatie zijn de WGBO en de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de WGBO worden specifieke eisen gesteld aan het verwerken van medische gegevens in het dossier. De AVG en de Uitvoeringswet AVG (UAVG) bevatten voorwaarden voor het mogen verwerken van persoonsgegevens, inclusief medische gegevens.

Het begrip 'verwerken' is onder de AVG erg ruim gedefinieerd en omvat in feite alle handelingen die een organisatie met persoonsgegevens kan uitvoeren. Daarbij gaat het onder meer om het verzamelen, vastleggen, ordenen, opslaan, wijzigen, raadplegen, gebruiken, doorzenden, verspreiden, beschikbaar stellen, wissen en vernietigen van gegevens.²² Bij het verwerken van medische informatie kan het bijvoorbeeld gaan om het vastleggen of wijzigen van gegevens in het dossier of om het verstrekken van gegevens aan derden.

Voordat informatie aan een ander dan de patiënt wordt verstrekt, moet de arts altijd eerst toetsen of daarvoor een uitzondering op het medisch beroepsgeheim (WGBO/Wet BIG) mag worden gemaakt (zie [paragraaf 1.4](#) en [1.5](#)). Pas daarna moet worden getoetst of de informatieverstrekking voldoet aan de AVG.

²² Artikel 4 lid 2 AVG.

2.2 Dossierplicht

Artsen zijn wettelijk verplicht om een medisch dossier bij te houden over de behandeling of begeleiding van een patiënt. Het primaire doel van de dossierplicht is een goede hulpverlening aan de patiënt.

De WGBO verplicht artsen om een medisch dossier in te richten voor elke patiënt die ze behandelen.²³ Deze plicht rust in de eerste plaats op behandelend artsen. Voor beoordelend artsen geldt deze plicht zo veel mogelijk in gelijke zin, maar geldt in de regel een kortere bewaarplicht. De patiënt kan de arts niet van zijn dossierplicht ontheffen. Wel heeft de patiënt het recht om bijvoorbeeld gegevens op zijn verzoek te laten vernietigen (zie [paragraaf 2.11.7](#)).

Het primaire doel van de dossierplicht is een goede hulpverlening aan de patiënt. Een zorgvuldig bijgehouden medisch dossier is van belang voor de kwaliteit en continuïteit van de zorg voor de patiënt. De arts, maar bijvoorbeeld ook de waarnemer, de opvolger en andere zorgverleners die bij de behandeling betrokken zijn, moeten uit het medisch dossier kunnen begrijpen wat de medische achtergrond en situatie van de patiënt zijn. Met name als meerdere artsen betrokken zijn bij de behandeling, is een goede verslaglegging door alle hulpverleners essentieel. Er zal een evenwicht moeten worden gevonden tussen enerzijds het borgen van de kwaliteit en continuïteit van de zorg en anderzijds de administratieve lasten die dat met zich meebrengt.

Het medisch dossier kan ook worden gebruikt voor afgeleide doelen, zoals kwaliteitstoetsing, kwaliteitsbewaking en wetenschappelijk onderzoek (zie [hoofdstuk 8](#)). Daarnaast kan het medisch dossier een rol spelen bij het afleggen van verantwoording over het medisch handelen, zoals bij klachten en claims, ook al is het daar niet primair voor bedoeld.

Het bijhouden van medische dossiers gebeurt tegenwoordig hoofdzakelijk digitaal. Mede met het oog op elektronische gegevensuitwisseling is het van belang dat artsen de gegevens gestructureerd en volgens de daarvoor geldende standaarden vastleggen (zie ook [paragraaf 3.1](#)).²⁴

²³ Artikel 7:454 lid 1 BW.

²⁴ Voor huisartsen geldt bijv. de [NHG-richtlijn Adequate dossiervorming met het EPD](#).

2.3 Inhoud van het dossier

2.3.1 Globale inhoud

In het medisch dossier bewaart de arts gegevens over de gezondheid en de behandeling van de patiënt. De arts neemt alleen die gegevens op, die voor een 'goede hulpverlening' noodzakelijk zijn. De arts beoordeelt per situatie welke gegevens hij in het medisch dossier opneemt.

In het medisch dossier neemt de arts gegevens op over de gezondheid van de patiënt en de verrichtingen die bij de patiënt zijn uitgevoerd en andere gegevens, voor zover dit voor een goede hulpverlening aan de patiënt noodzakelijk is.²⁵ De invulling van deze wettelijke norm is afhankelijk van de zorgrelatie die tussen de arts en de patiënt bestaat. Het is niet mogelijk om voor elke situatie aan te geven welke gegevens de arts in het medisch dossier moet opnemen. Zo zullen er grote verschillen bestaan tussen het medisch dossier van een behandelend arts en dat van een beoordelend arts.

2.3.2 Behandel dossier

In een behandel dossier wordt in het algemeen het volgende vastgelegd:

- de inhoud van het medisch handelen;
- gegevens die een rol spelen bij het borgen van de continuïteit van de zorg;
- gegevens die ook bij de volgende behandeling of een volgend onderzoek van de patiënt relevant zijn; en
- schriftelijke wilsverklaringen van de patiënt.

2.3.3 Specifieke dossiers

Voor een aantal dossiers gelden specifieke eisen. Dit geldt bijvoorbeeld voor:

- bedrijfsgeneeskundige dossiers: de eisen hiervoor zijn opgenomen in het KNMG Advies voor inrichting en overdracht van het bedrijfsgeneeskundige dossier.
- Dossiers binnen de jeugdhulpverlening: op grond van de Jeugdwet moeten jeugdhulpverleners in een dossier de gegevens bijhouden over de geconstateerde opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen, de uitgevoerde verrichtingen en andere gegevens, voor zover die voor een goede hulpverlening aan de betrokkene noodzakelijk zijn.²⁶
- Voor patiëntendossiers in de psychiatrische ziekenhuizen gelden op grond van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz) aparte regels.²⁷
- Voor patiëntendossiers in het kader van onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening gelden op grond van de Wet zorg en dwang (Wzd) aparte regels.²⁸

²⁵ Artikel 7:454 lid 1 BW.

²⁶ Artikel 7.3.8 lid 1 Jeugdwet.

²⁷ Artikel 8.4 Wvvggz.

²⁸ Artikel 16 Wzd.

2.4 Gegevens die in het dossier thuishoren

Naast de algemene inhoud die hiervoor is beschreven, moeten in het medisch dossier ook enkele specifieke gegevens worden opgenomen. Deze beschrijven we hieronder. In [paragraaf 2.5](#) gaan we in op informatie die buiten het dossier wordt verwerkt.

2.4.1 Burgerservicenummer (BSN)

De arts vermeldt in het medisch dossier met welk geldig identiteitsbewijs de patiënt zich heeft geïdentificeerd, welk nummer dat document heeft en wat het BSN van de patiënt is.

De arts moet de identiteit en het BSN van zijn patiënt vaststellen aan de hand van een geldig identiteitsbewijs (een paspoort, Nederlandse identiteitskaart, Nederlands rijbewijs of Nederlands vreemdelingendocument). Hij noteert deze gegevens in zijn administratie.²⁹ De arts mag geen scan of kopie van een identiteitsbewijs maken of bewaren.

De arts moet de identiteit van een patiënt vaststellen als deze zich voor de eerste maal tot hem wendt. Hij moet de identiteit ook vaststellen op elk ander moment dat het redelijkerwijs nodig is om te checken of het BSN betrekking heeft op de betreffende patiënt. Moet een patiënt een spoedbehandeling ondergaan in het ziekenhuis en heeft hij geen identiteitsbewijs bij zich, dan wordt hij in staat gesteld om zich binnen twee weken alsnog te identificeren.

De identificatieplicht in de zorg geldt vanaf de geboorte en voor iedereen. Ouders moeten daarom een geldig identiteitsbewijs van hun kind hebben als zij zich tot een arts wenden. Als het kind (onder 14 jaar) geen identiteitsbewijs heeft en identificatie daardoor onmogelijk blijkt of een onevenredige inspanning kost, gebruikt de arts geen BSN. De arts moet dan in ieder geval de volgende gegevens van het kind vastleggen: achternaam, voornamen, geboortedatum, postcode en huisnummer van het woonadres.³⁰

Van patiënten met wie nog geen behandelrelatie bestaat, moet de arts het BSN controleren bij de [Sectorale Berichtenvoorziening in de Zorg \(SBV-Z\)](#). Dit is niet nodig als het BSN is ontvangen van een andere zorgaanbieder, van een zorgverzekeraar of van een indicatieorgaan.

Meer informatie

- [SBV-Z - veelgestelde vragen](#)
- [Rijksoverheid - BSN in de zorg](#)
- [AVG-Helpdesk - identificatieplicht](#)

²⁹ Volgens artikel 8 lid 1 Wabvpz moet de zorgaanbieder het BSN van de patiënt in zijn administratie opnemen. Dit kan bij huisartsen bijvoorbeeld het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) zijn.

³⁰ Artikel 28 Besluit gebruik burgerservicenummer in de zorg.

2.4.2 'Informed consent'

De arts noteert in het medisch dossier of, en zo ja welke informatie over de voorgestelde behandeling is gegeven aan de patiënt. Op verzoek van de patiënt noteert de arts ook voor welke verrichtingen van ingrijpende aard de patiënt toestemming heeft gegeven.

Als een arts een onderzoek of behandeling bij een patiënt wil uitvoeren, moet hij de patiënt op een begrijpelijke wijze informeren en tijdig met hem overleggen over:

- wat de aard en het doel zijn van de behandeling;
- welke risico's aan de behandeling of aan niet behandelen verbonden zijn;
- welke alternatieven, al dan niet uitgevoerd door andere hulpverleners, mogelijk zijn;
- wat de diagnose en prognose zijn voor de patiënt;
- wat de uitvoeringstermijn en verwachte tijdsduur van de behandeling zijn.³¹

De arts vraagt tijdens het overleg naar de situatie en behoeften van de patiënt en nodigt de patiënt uit om vragen te stellen.³² De patiënt kan op basis van de verstrekte informatie besluiten om al dan niet toestemming te geven voor de behandeling. Dit noemen we 'informed consent'.

Met het oog op de kwaliteit en continuïteit van de zorg noteert de arts in het medisch dossier of, en zo ja welke informatie is gegeven. Als de arts dat nodig vindt, noteert hij ook of de patiënt (of diens vertegenwoordiger) toestemming heeft gegeven voor de behandeling.

Gaat het om verrichtingen van ingrijpende aard, dan mag de patiënt ook zelf vragen om zijn toestemming hiervoor in het medisch dossier vast te leggen.³³ In dat geval noteert de arts voor welke verrichtingen de patiënt toestemming heeft gegeven. Het is verplicht om op verzoek van de patiënt elke vorm van toestemming in het medisch dossier te noteren. Dat mag overigens wel. Ook mag de arts in het medisch dossier opnemen voor welke verrichtingen de patiënt geen toestemming heeft gegeven.

2.4.3 Verklaring van de patiënt

Een patiënt kan een verklaring afgeven over de stukken die in het medisch dossier zijn opgenomen. Op verzoek van de patiënt voegt de arts deze verklaring aan het medisch dossier toe.³⁴

Een dergelijke verklaring kan een zienswijze van de patiënt bevatten over de bevindingen van de arts of van een andere hulpverlener, bijvoorbeeld in het kader van een second opinion. Ook als de

³¹ Artikel 7:448 BW.

³² Voor patiënten zijn bijvoorbeeld drie vragen geformuleerd die zij aan hun arts kunnen stellen in het kader van shared decision making. Zie 3goedevragen.nl.

³³ Artikel 7:451 BW.

³⁴ Artikel 7:454 lid 2 BW.

arts het niet eens is met de verklaring van de patiënt, moet die verklaring opgenomen worden in het medisch dossier. Zie ook [paragraaf 2.11.3](#).

2.4.4 Gegevens ontvangen van anderen

Alleen als dit noodzakelijk is voor een goede hulpverlening, kan een behandelend arts gegevens die hij heeft gekregen van een andere persoon over zijn patiënt, bewaren in het medisch dossier van de patiënt.

Als iemand informatie over een patiënt verstrekt aan een arts, is het belangrijk dat deze persoon zich realiseert dat de patiënt recht heeft op inzage in het medisch dossier en op die wijze kennis kan nemen van de informatie. Voor medebehandelaars is dit doorgaans vanzelfsprekend; voor naasten van een patiënt die een signaal willen afgeven, is dat vaak in mindere mate het geval. Daarom is het van belang dat de arts de informatieverstrekker erop wijst dat hij alleen iets met de informatie kan doen, als hij daarover met de patiënt mag spreken en de naam van de informatieverstrekker mag noemen. Het is onverstandig als de arts heimelijk informatie over zijn patiënt verzamelt en opneemt in het medisch dossier en op grond daarvan actie onderneemt, zonder de patiënt hierover te informeren. Alleen als dit noodzakelijk is voor een goede hulpverlening, kan de arts wel informatie van derden in het dossier opnemen. Zie ook [paragraaf 2.11.2](#).

2.4.5 Gegevens over een euthanasie

De formulieren en verslagen die een arts in het kader van een euthanasie invult, opstelt en ontvangt, voegt hij toe aan het medisch dossier van de (overleden) patiënt.

Hiertoe behoren onder meer het verslag van de SCEN-arts of van één of meer in consult geroepen artsen, een kopie van de melding en het beredeneerd verslag dat de arts aan de gemeentelijke lijkschouwer heeft afgegeven. Ook een eventuele schriftelijke wilsverklaring bewaart de arts in het medisch dossier. Zie ook [paragraaf 2.6](#).

2.4.6 Gegevens over kindermishandeling en/of huiselijk geweld

Als een arts bij een patiënt geconfronteerd wordt met (aanwijzingen voor) kindermishandeling en/of huiselijk geweld, noteert hij dat zorgvuldig en zo feitelijk mogelijk in het dossier van die patiënt.

In artikel 3 van de [KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld](#) wordt nader beschreven welke gegevens relevant zijn om in het medisch dossier van de patiënt vast te leggen en hoe een arts dit zo zorgvuldig en feitelijk mogelijk kan doen.

2.4.7 Gegevens over incidenten

Heeft er een incident plaatsgevonden met (mogelijke) gevolgen voor de patiënt, dan neemt de arts dit op in het medisch dossier.

In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is de verplichting opgenomen om in het medisch dossier informatie op te nemen over incidenten met (mogelijke) gevolgen voor de patiënt.³⁵ Het gaat dan om informatie over de aard en toedracht van het incident, het tijdstip waarop het incident heeft plaatsgevonden en de namen van de betrokken hulpverleners. Zie ook de [KNMG-handreiking Omgaan met incidenten en klachten: wat wordt van artsen verwacht?](#)

2.5 Informatie die niet in het dossier thuishoort

Bepaalde informatie hoort niet thuis in het medisch dossier. Hieronder beschrijven we enkele voorbeelden van informatie die niet in een medisch dossier thuishoort.

2.5.1 Persoonlijke werkaantekeningen

Persoonlijke werkaantekeningen maken geen onderdeel uit van het medisch dossier en moeten op een veilige plek, apart van het medisch dossier, worden bewaard.

Naast dossieraantekeningen maken artsen vaak ook persoonlijke werkaantekeningen. Dit zijn aantekeningen die bedoeld zijn voor de eigen, voorlopige gedachtevorming. Vaak gaat het om (tijdelijke) indrukken, vermoedens of vragen. Omdat de aantekeningen tijdelijk van aard zijn, moet de arts ze na verloop van tijd vernietigen. Hij kan ze ook in het medisch dossier opnemen, als ze alsnog van belang blijken te zijn voor een goede zorgverlening aan de patiënt. Persoonlijke werkaantekeningen zijn niet bedoeld om door anderen dan de arts gelezen te worden. Worden ze wel met anderen gedeeld, dan is er geen sprake meer van een persoonlijke werkaantekening. In dat geval moet de aantekening in het medisch dossier worden opgenomen of worden vernietigd.

³⁵ Artikel 10 lid 3 Wkkgz.

In sommige digitale dossiers is een aparte ruimte gereserveerd voor het maken van persoonlijke werkaantekeningen. Gewaarborgd moet zijn dat de aantekeningen, ook in digitale omgevingen, alleen toegankelijk zijn voor degene die ze heeft vastgelegd. Het is echter nadrukkelijk niet de bedoeling dat de arts op deze wijze een schaduw dossier bijhoudt. De KNMG adviseert om zeer terughoudend gebruik te maken van persoonlijke werkaantekeningen en deze zorgvuldig en buiten het medisch dossier op te slaan.

De patiënt heeft geen recht op inzage in of een afschrift van persoonlijke werkaantekeningen.

2.5.2 Onderzoeksinformatie over incidenten

Informatie over een onderzoek naar een incident wordt niet in het medisch dossier bewaard.

Als er onderzoek wordt gedaan naar een incident, komt daar bepaalde informatie uit voort. Het doel van het registreren van deze informatie is om de kwaliteit van de zorg te verbeteren door te leren van fouten en bijna-ongelukken. Deze registraties kunnen niet worden aangemerkt als activiteiten die betrekking hebben op de hulpverlening aan een individuele patiënt. Daarom behoort deze informatie niet tot het medisch dossier. Zie ook [paragraaf 8.2.1](#) en de [KNMG-handreiking Omgaan met incidenten en klachten: wat wordt van artsen verwacht?](#)

2.5.3 Correspondentie over klachten en schadeclaims

Informatie over een klacht of schadeclaim die een patiënt heeft ingediend, hoort in principe niet thuis in het medisch dossier.

Alleen in uitzonderlijke situaties kan het relevant zijn om informatie over een klacht of claim in het dossier van een patiënt op te nemen. Bijvoorbeeld als deze informatie bijdraagt aan een goed begrip van de emotionele situatie van de patiënt en zijn naasten, of als dat in het belang is van de continuïteit van de zorg. In deze gevallen bespreekt de arts met de patiënt welke informatie hij in het dossier wil opnemen en waarom.

2.5.4 Financiële informatie

Informatie die betrekking heeft op de financiële administratie rond een patiënt (zoals declaraties), vallen buiten het medisch dossier van de patiënt.

Deze informatie valt wel onder de geheimhoudingsplicht van de arts. Omdat de arts veelal verplicht is om een financiële administratie bij te houden, heeft de patiënt niet het recht om deze informatie te laten vernietigen.

2.5.5 Obductierapport

Het obductierapport hoort in beginsel niet thuis in het medisch dossier van een overleden patiënt.

Een medische obductie is geen geneeskundige handeling die valt onder de reikwijdte van de WGBO.³⁶ Het obductierapport is daarom in beginsel ook geen onderdeel van het medisch dossier van een overleden patiënt, omdat het in dat geval niet noodzakelijk is voor een goede hulpverlening aan de patiënt.

Een arts kan wel een reden hebben om een obductieverslag in het medisch dossier op te nemen als er sprake is geweest van een incident en het obductieverslag informatie bevat die relevant kan zijn voor de beoordeling van dat incident. De informatie in het obductierapport valt wel onder het medisch beroepsgeheim.³⁷

Meer informatie over dit onderwerp is te vinden in paragraaf 6.2.7 van de [KNMG-Handreiking inzage in medische dossiers door nabestaanden](#).

2.6 Digitaliseren van papieren dossiers en documenten

De arts mag papieren dossiers en andere dossierstukken, nadat ze digitaal zijn opgeslagen en beveiligd, vernietigen.

Papieren dossiers en ingekomen correspondentie worden tegenwoordig vaak gescand en digitaal opgeslagen. Zodra dat gebeurd is en de digitale documenten beveiligd zijn, hoeft de arts het papieren dossier en de ingekomen correspondentie niet meer te bewaren. De wet stelt namelijk

³⁶ Aldus [Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden, 15 mei 2018, ECLI:NL:GHARL:2018:4396](#) (r.o. 4.5-4.7).

³⁷ Idem, r.o. 4.11.

geen inhoudelijke eisen aan de wijze waarop een medisch dossier wordt ingericht of vormgegeven. De dossierplicht bepaalt alleen dat de arts relevante informatie noteert. Dit betekent dat een arts het medisch dossier ook in digitale vorm mag bewaren of een scan in het medisch dossier mag opnemen. Dat geldt ook voor belangrijke documenten, zoals schriftelijke wilsverklaringen. Belangrijk is dat een scan een juiste en volledige weergave is van het originele document.

Belangrijk is dat dossiergegevens, dus ook een opgeslagen scan, voldoende toegankelijk en raadpleegbaar zijn en blijven. Het medisch dossier dient immers primair het belang van een goede zorgverlening. Bovendien moet de patiënt zijn rechten met betrekking tot die stukken (zoals inzage, afschrift, vernietiging) kunnen blijven uitoefenen.

2.7 Bewaartermijn van het dossier

Behandelend artsen bewaren elk medisch dossier twintig jaar, te rekenen vanaf het tijdstip waarop de laatste wijziging in het dossier heeft plaatsgevonden, behalve als er sprake is van een uitzondering.

2.7.1 Hoofregel

Een medisch behandeldossier moet twintig jaar worden bewaard, te rekenen vanaf het tijdstip waarop de laatste wijziging in het dossier heeft plaatsgevonden.³⁸ Hierna moet het dossier in beginsel worden vernietigd. De hulpverlener moet het dossier echter langer bewaren als dit op grond van goed hulpverlenerschap noodzakelijk is (zie ook hierna bij de uitzonderingen).

2.7.2 Afwijken van de hoofregel

De arts vernietigt een medisch behandeldossier na twintig jaar, tenzij sprake is van een van de volgende uitzonderingen:

- 1) Goed hulpverlenerschap maakt langer bewaren noodzakelijk.
- 2) De wet schijft een afwijkende bewaartermijn voor.
- 3) De patiënt verzoekt de arts om (delen van) het dossier langer of korter te bewaren.
- 4) De medische gegevens zijn geanonimiseerd.

1) Goed hulpverlenerschap

Een arts bewaart het medisch dossier langer dan twintig jaar als dat redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit. Bijvoorbeeld als dat nodig is om goede (continue) zorg te kunnen (blijven) bieden. Dit doet zich vaak voor bij langlopende of terugkerende behandelingen,

³⁸ Artikel 7:454 lid 3 BW.

zoals bij chronische ziekten en in de huisartsenzorg. Aandoeningen met een zeker risico op recidive of complicaties in de toekomst vallen hier ook onder. Daarnaast kan dit gelden voor ziektes of daarvoor ondergane behandelingen, die mogelijk kunnen leiden tot nieuwe gezondheidsklachten. Als voor de beoordeling of behandeling daarvan de oude gegevens niet gemist kunnen worden, is dit ook reden om ze langer te bewaren. De arts bepaalt zelf of hij het medisch dossier langer dan twintig jaar bewaart of niet.

Een arts kan op grond van goed hulpverlenerschap ook **dossiers van minderjarigen** langer dan twintig jaar bewaren. Staan er in het dossier van de minderjarige gegevens over vermoedens van kindermishandeling, dan moeten die gegevens minimaal tot het 39^e levensjaar worden bewaard.³⁹

Binnen de jeugdgezondheidszorg is het gebruikelijk dat de bewaartermijn voor dossiers van minderjarigen pas begint te lopen bij het bereiken van de meerderjarigheidsgrens (achttien jaar). Dit betekent dat deze dossiers bewaard blijven tot het 39^{ste} levensjaar is bereikt.

2) Wettelijke plicht

Op grond van verschillende wetten moet een arts soms van de bewaartermijn van twintig jaar afwijken. De arts bewaart de gegevens dan langer of korter. Hieronder beschrijven we enkele voorbeelden daarvan.

- **Wet op de medische keuringen**

De Wet op de medische keuringen (Wmk) bepaalt dat keuringsgegevens worden bewaard zolang dat noodzakelijk is voor het doel waarvoor de keuring werd verricht. Het gaat daarbij om aanstellingskeuringen en keuringen bij het aangaan van een particuliere levens-, pensioen- en arbeidsongeschiktheidsverzekering. De bewaartermijn van deze keuringsgegevens is vaak aanzienlijk korter dan de algemene bewaartermijn van twintig jaar.

De bewaartermijn varieert afhankelijk van het doel van de keuring en/of de beslissing die op basis van de keuring is genomen. Neem bijvoorbeeld een medische keuring voor acceptatie van een levensverzekering. Als na deze keuring de gewenste verzekering tot stand komt, dan blijven de keuringsgegevens gedurende de looptijd van de verzekeringsovereenkomst relevant en moeten deze tot het einde van de looptijd worden bewaard. Als de gewenste verzekeringsovereenkomst echter definitief niet tot stand komt, dan moeten de keuringsgegevens binnen drie maanden na een verzoek van de verzekerde hiertoe worden vernietigd.⁴⁰

- **Archiefwet**

Op grond van de Archiefwet moeten universitair medische centra bepaalde documenten over een patiënt gedurende langer dan twintig jaar bewaren.⁴¹ Het betreft documenten zoals de ontslagbrief, het operatieverslag, het anesthesieverslag, het PA-verslag, het verslag van de spoedeisende hulp en documenten die gegevens over calamiteiten bevatten. Deze documenten moeten 115 jaar bewaard worden (gerekend vanaf de geboortedatum van de betreffende patiënt). Persoonsgegevens, die betrekking hebben op ongevallen van minderjarigen (inclusief röntgenfoto's), moeten tot het 28e levensjaar van de patiënt bewaard blijven.

³⁹ Zie artikel 3 lid 2 van de [KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld](#).

⁴⁰ Zie artikel 9 lid 2 van [Verbond van verzekeraars. Protocol verzekeringskeuringen](#).

⁴¹ Op grond van artikel 5 lid 2 onder b Archiefwet is een selectielijst opgesteld. Zie [Basisselectiedocument openbare en bijzondere academische ziekenhuizen 1985-](#)

- **Arbeidsomstandighedenbesluit**

Bij werknemers die zijn blootgesteld aan bepaalde gevaarlijke stoffen, kan een arbeidsgezondheidskundig onderzoek worden verricht. Het Arbeidsomstandighedenbesluit bepaalt dat de resultaten van dat onderzoek bewaard moeten blijven tot ten minste veertig jaar na beëindiging van de blootstelling.⁴²

- **Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming**

Als een werknemer is blootgesteld aan ioniserende straling, moeten bepaalde gegevens hierover worden bewaard totdat de werknemer de leeftijd van 75 jaar heeft bereikt of zou hebben bereikt, maar ten minste tot dertig jaar nadat deze persoon de handelingen heeft beëindigd. Dit is bepaald in het Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming.⁴³

3) Verzoek van de patiënt

Een patiënt mag zijn arts verzoeken (delen van) zijn medisch dossier, in afwijking van de hoofdregel, langer of korter te bewaren. De arts moet een verzoek daartoe in beginsel honoreren, tenzij dit in strijd is met bijvoorbeeld een wettelijke plicht.

Een patiënt kan ook verzoeken om (delen van) zijn medisch dossier te vernietigen (zie [paragraaf 2.11.7](#)). Als de arts aan dat verzoek voldoet, vervalt daarmee de bewaartermijn die op die gegevens rust.

4) Geanonimiseerde gegevens

Op medische gegevens die geanonimiseerd zijn, rust geen wettelijke bewaartermijn. Geanonimiseerde gegevens kunnen bewaard blijven zolang dat noodzakelijk wordt geacht. Er is sprake van geanonimiseerde gegevens als deze niet herleidbaar zijn tot een persoon. Het bewaren van geanonimiseerde gegevens is vooral van belang voor wetenschappelijk onderzoek.

2.7.3 Sectorspecifieke regelingen

De bewaartermijn van een medisch dossier kan per medische sector verschillen. Voor dossiers van beoordelend artsen geldt in de regel een kortere bewaarplicht dan voor dossiers van behandelend artsen.

Binnen de **bedrijfsgeneeskunde** start de bewaartermijn doorgaans aan het einde van het dienstverband van de werknemer (zie ook het [KNMG-advies voor inrichting en overdracht van het bedrijfs-geneeskundige dossier](#)). De bewaartermijn van medische gegevens die verkregen zijn uit zogenoemde 'verplichte spreekuurcontacten', is afwijkend. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om gegevens uit aanstellingskeuringen, uit verplichte medische beoordelingen tijdens het dienstverband, en uit sociaal-medische begeleiding. Dergelijke gegevens worden bewaard zo lang dat noodzakelijk is voor het doel waarvoor het onderzoek is verricht.

Binnen het **sociale domein** kunnen afwijkende bewaartermijnen gelden voor het bewaren en vernietigen van gegevens. Voor het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) is dit bijvoorbeeld uitgewerkt in de [UWV-richtlijn Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts](#).

⁴² Artikel 4.10c Arbeidsomstandighedenbesluit.

⁴³ Artikel 7.16 lid 2 Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming.

2.8 Beheer van het dossier

De zorginstelling, zorgpraktijk of de individuele arts is verantwoordelijk voor het beheer van het medisch dossier.

De verantwoordelijkheid voor het beheer van het medisch dossier ligt bijvoorbeeld bij de raad van bestuur of de directie van een zorginstelling, bij de praktijkhouder of bij een solistisch werkende arts die niet in een instelling werkt. Zij zijn ook de 'verwerkingsverantwoordelijke' voor het medisch dossier in de zin van de AVG.

De verwerkingsverantwoordelijke stelt het beleid vast voor het beheer en de instandhouding van het digitale systeem en de gegevensbestanden. Ook bepaalt en bewaakt de verwerkingsverantwoordelijke de wijze van dossiervoering en dossierbeheer vanaf het moment dat een dossier wordt ingevoerd tot het moment dat het wordt vernietigd.

In een zorginstelling is de raad van bestuur of de directie de verwerkingsverantwoordelijke. De individuele arts is aanspreekbaar en dus verantwoordelijk voor de inhoud van het medisch dossier en moet betrokken worden als de patiënt gebruik wil maken van zijn patiëntenrechten. Een raad van bestuur of directie heeft geen recht op inzage in de dossiers. De inhoud van die dossiers valt immers onder het medisch beroepsgeheim van de arts.

Plichten

De AVG legt aan de verwerkingsverantwoordelijke verschillende plichten op. Deze plichten gelden dus voor raden van bestuur, directies, praktijkhouders en solistisch werkende artsen. Zo hebben verwerkingsverantwoordelijken een informatieplicht tegenover de patiënten van wie gegevens worden vastgelegd en bewaard. Dit betekent dat zij de patiënten moeten informeren over de identiteit van de verwerkingsverantwoordelijke en het doel van de gegevensverwerking. Daarnaast moeten zij andere relevante informatie verstrekken, bijvoorbeeld aan wie de gegevens over de patiënt kunnen worden verstrekt. De verwerkingsverantwoordelijken kunnen aan hun informatieplichten voldoen door deze informatie in een privacyverklaring of privacystatement op te nemen en op hun website te publiceren.

Verder moeten de verwerkingsverantwoordelijken passende technische en organisatorische beveiligingsmaatregelen nemen, zodat gewaarborgd is dat een onbevoegde geen toegang tot de dossiers heeft. Bovendien zijn verwerkingsverantwoordelijken verplicht om alle gegevensbestanden die zij hebben te inventariseren en een overzicht daarvan vast te leggen en bij te houden in een verwerkingsregister. Tot slot moet de verwerkingsverantwoordelijke bepalen wat er met de patiëntendossiers gebeurt als de arts of de instelling stopt met de uitoefening van zijn beroep of bedrijf. Zie daarvoor ook [paragraaf 2.10](#).

2.9 Eigendom van het dossier

Zowel een arts als een patiënt hebben bepaalde zeggenschap over het medisch dossier. Ze hebben echter geen van beide het juridisch eigendom van een medisch dossier. De arts of de instelling kan wel eigenaar zijn van de gegevensdrager (de computer of het papieren dossier).

Hoewel artsen geen eigenaar zijn van het dossier, hebben ze, op grond van de dossierplicht, met inachtneming van de hierna genoemde patiëntenrechten, wel zeggenschap over de opname en wijziging van gegevens hierin.

Omdat de patiënt ook geen eigenaar is van het medisch dossier, kan hij het niet opeisen. Dat kan hij ook niet nadat de behandelingsovereenkomst is beëindigd. De patiënt heeft wel bepaalde rechten (zoals recht op inzage, afschrift en vernietiging) met betrekking tot de gegevens die over hem in het medisch dossier zijn opgenomen. Aldus heeft eigenlijk niemand het volledige eigendomsrecht op een medisch dossier, maar hebben zorginstellingen, artsen en patiënten wel een zekere mate van zeggenschap daarover.

2.10 Overdragen van het dossier

Als een andere arts de behandeling of begeleiding van een patiënt voortzet of overneemt, draagt de oorspronkelijke arts – met toestemming van de patiënt – (de inhoud van) het medisch dossier over aan de nieuwe arts. Dit vloeit voort uit de zorg van een goed hulpverlener.

Als de behandeling van een patiënt wordt overgenomen door een nieuwe arts, is het bijvoorbeeld binnen de huisarts- en verpleeghuisgeneeskundige sectoren gebruikelijk dat het medisch dossier van die patiënt wordt overgedragen aan de nieuwe arts. Dit gebeurt met het oog op de continuïteit van de zorg. Uit de zorg van een goed hulpverlener vloeit voort, dat de arts de patiënt hierover informeert en expliciet, mondeling of schriftelijk, toestemming vraagt om (de inhoud van) het medisch dossier aan de nieuwe arts ter beschikking te stellen. Deze toestemming legt hij vast in het medisch dossier.

Bij de overdracht van een medisch dossier is het in ieder geval van belang dat dit zorgvuldig gebeurt, zodat er geen gegevens verloren kunnen gaan. Dit betekent doorgaans dat de arts het dossier zonder tussenkomst van de patiënt overdraagt aan de nieuwe arts.

Huisartsen dragen een patiëntendossier uit hun huisartsinformatiesysteem (HIS) in de regel digitaal over via Zorgmail File Transfer van Stichting Inschrijving op Naam (ION).⁴⁴ De oude huisarts maakt van de overdracht van het dossier een aantekening in het HIS met zo mogelijk de naam van de

⁴⁴ <https://inschrijvingopnaam.nl/projecten/veilig-verhuizen>

opvolger en de datum van de overdracht. Als een medisch dossier wordt overgedragen, wordt ook de bewaartermijn van het dossier mee overgedragen. De nieuwe arts bewaart het volledige dossier gedurende de wettelijke bewaartermijn.

Beheer dossiers als er geen opvolger (bekend) is

Legt een arts zijn praktijk neer en is er geen opvolger voor de praktijk? Dan blijft de arts, ook als hij is gestopt, verantwoordelijk voor de dossiers die in zijn praktijk achterblijven. Soms zal het beheer van dossiers tijdelijk nog wel mogelijk zijn, maar in sommige situaties ook niet, bijvoorbeeld bij overlijden van de praktijkhouder of als de patiënt langdurig geen nieuwe (huis)arts vindt. Wettelijk gezien is er nog geen goede oplossing voor de overdracht van dossiers als er geen opvolger is.⁴⁵ Patiënten moeten voor zover mogelijk op de hoogte worden gebracht als de arts een regeling voor het beheer van de dossiers heeft getroffen.

Meer informatie:

- [KNMG-handreiking Overdracht dossiers bij verandering van huisarts](#)

2.11 Patiëntenrechten met betrekking tot gegevens en het dossier

Patiënten hebben verschillende rechten als het gaat om hun gegevens in het medisch dossier. Zij kunnen hun arts bijvoorbeeld vragen om hun dossier in te zien of (gegevens uit) hun dossier te vernietigen. In deze paragraaf wordt ingegaan op patiëntenrechten die betrekking hebben op gegevens en het dossier, en de rol van de arts.

De patiënt oefent zelf alle patiëntenrechten met betrekking tot zijn gegevens en medisch dossier uit. Bij minderjarige en/of wilsonbekwame patiënten kunnen deze rechten ook door hun vertegenwoordiger(s) worden uitgeoefend. Zie hiervoor [paragraaf 4.1](#) en de [KNMG-wegwijzer toestemming en informatie bij behandeling van minderjarigen](#).

2.11.1 Recht op informatie over gegevensverwerking

De patiënt kan zijn arts vragen om informatie over hoe zijn gegevens worden verwerkt en met welk doel. De arts dient de patiënt hierover te informeren.

Patiënten hebben het recht op informatie over hoe hun gegevens worden verwerkt.⁴⁶ Dit betekent dat zij het recht hebben om te weten wat er met hun gegevens gebeurt en waarom.

Het doel van het recht op informatie over gegevensverwerking is dat patiënten in staat zijn een weloverwogen beslissing over de verwerking van hun gegevens te nemen. Een patiënt kan

⁴⁵ Anno 2021 is de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) met het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland in gesprek over het beheer van medische dossiers bij het ontbreken van een opvolger.

⁴⁶ Artikel 13-14 AVG.

bijvoorbeeld alleen bezwaar maken tegen het delen van bepaalde gegevens met een rechtstreeks betrokken zorgverlener als hij weet dat deze gegevens met die zorgverlener gedeeld kunnen worden en hij de mogelijkheid heeft om daartegen in bezwaar te gaan (zie [paragraaf 1.5.2.1](#)).

Informatieplicht

Het recht op informatie over gegevensverwerking impliceert een verplichting tot het verstrekken van die informatie. Deze 'informatieplicht' is vastgelegd in de AVG en is opgedragen aan de 'verwerkingsverantwoordelijke' oftewel aan de raad van bestuur of directie van een zorginstelling, dan wel aan de individuele arts als deze een eigen praktijk heeft of werkzaam is als solist. Hoewel de informatieplicht over gegevensverwerking dus niet rechtstreeks is opgedragen aan de individuele arts in (loon)dienst, krijgt deze er in de praktijk wel mee te maken. Denk bijvoorbeeld aan de situatie waarin een patiënt zijn behandelend arts vraagt met wie zijn medische gegevens worden gedeeld of voor hoe lang zijn dossier wordt bewaard. De arts zal dergelijke vragen in de regel zelf beantwoorden en de informatie dus verstrekken. De individuele arts is op dat moment als het ware een verlengstuk van de raad van bestuur, directie of praktijkhoudend arts.

Wijze van informatieverstrekking: privacystatement

De verwerkingsverantwoordelijke moet bovengenoemde informatie schriftelijk of (indien passend) elektronisch aan zijn cliënten (laten) verstrekken. De informatie moet voor de cliënt makkelijk te begrijpen zijn. Dat wil zeggen dat de informatie: beknopt, eenvoudig, duidelijk, transparant en gemakkelijk toegankelijk moet zijn.⁴⁷ Veel verwerkingsverantwoordelijken kiezen ervoor om aan hun informatieplicht te voldoen door middel van de publicatie van een (online) privacystatement, waarop zij de patiënten vervolgens (laten) wijzen.⁴⁸

Welke informatie moet er aan de patiënt worden verstrekt?

In een privacystatement moet in ieder geval de volgende informatie staan:⁴⁹

- de identiteit en de contactgegevens van de verwerkingsverantwoordelijke en, in voorkomend geval, van uw vertegenwoordiger in de EU;
- de contactgegevens van uw Functionaris voor Gegevensbescherming (als u die heeft);
- de doeleinden en rechtsgrond van de verwerking, en als u zich beroept op een gerechtvaardigd belang: welk belang dat dan is;
- de (categorieën van) ontvangers van de persoonsgegevens;
- of u van plan bent de persoonsgegevens door te geven buiten de EU of een internationale organisatie en op welke juridische grond;
- de bewaartermijn van de gegevens;
- de rechten van de betrokkene, zoals het recht op inzage, correctie en verwijdering;
- het recht van de betrokkene om de gegeven toestemming voor een bepaalde verwerking altijd in te kunnen trekken;
- dat de betrokkene een klacht kan indienen bij de relevante privacytoezichthouder;
- of en waarom de betrokkene verplicht is de persoonsgegevens te verstrekken en wat de gevolgen zijn als de gegevens niet worden verstrekt;

⁴⁷ Artikel 12 AVG.

⁴⁸ Een 'privacystatement' wordt in dit verband ook wel een 'privacyverklaring' genoemd. In deze richtlijn wordt echter de term 'privacystatement' aangehouden.

⁴⁹ Bron: [Privacyverklaring: wat moet erin staan | Privacyverklaring | AVG-Helpdesk voor Zorg en Welzijn \(avghelpdeskzorg.nl\)](#).

- of u gebruik maakt van geautomatiseerde besluitvorming, inclusief profilering, en hoe u besluiten neemt;
- als de gegevens van een andere organisatie zijn verkregen: de bron waar de persoonsgegevens vandaan komen, en in voorkomend geval, of zij afkomstig zijn van openbare bronnen.

Bovenstaande opsomming is niet uitputtend. Patiënten moeten ook worden geïnformeerd over andere aspecten als dat noodzakelijk is om tegenover hen een behoorlijke en transparante verwerking van gegevens te waarborgen.⁵⁰

Wanneer?

De verwerkingsverantwoordelijke moet bovengenoemde informatie aan zijn cliënt verstrekken op het moment dat hij start met het verwerken met diens gegevens. In de praktijk gebeurt dat bijvoorbeeld door bij de aanmelding of in de afspraakbevestiging op het (online) privacystatement te wijzen. Ook als de patiënt al bekend is bij de zorginstelling of praktijk, doet men er verstandig aan de informatie nogmaals te verstrekken. Het is immers goed mogelijk dat er in de tussentijds iets is gewijzigd in het beleid, c.q. het privacystatement. Als daar een aanleiding voor is, dient de cliënt ook tussentijds te worden geïnformeerd. Bijvoorbeeld als de cliënt gedurende het zorgtraject een vraag over gegevensverwerking heeft of als het doel van de gegevensverwerking wijzigt.

2.11.2 Recht op inzage in en afschrift van het dossier

De patiënt kan zijn arts verzoeken om inzage in, en een afschrift van zijn medisch dossier.⁵¹ De arts moet dit verzoek honoreren, tenzij hierdoor de persoonlijke levenssfeer van een ander wordt geschaad, en diens belang een overwegend karakter heeft.

Hoofregel

Een patiënt heeft recht op inzage in, en een afschrift van zijn medisch dossier. Dit geldt ook voor elektronische inzage en een elektronisch afschrift van het dossier.⁵² Ook heeft een patiënt bij een elektronisch afschrift recht op een overzicht van wie bepaalde informatie in zijn elektronische dossier heeft ingezien of opgevraagd, en op welke datum.⁵³ Een arts kan elektronisch inzage en een afschrift geven door een digitaal afschrift te maken en deze aan de patiënt te geven of online inzage te geven, bijvoorbeeld via een patiëntenportaal.

Het recht van de patiënt om kennis te nemen van gegevens die over hem worden opgeslagen, heeft een fundamenteel karakter. Dit betekent onder andere dat – uitzonderingen daargelaten – een arts een verzoek van de patiënt om zijn medisch dossier in te zien en/of daarvan een kopie te krijgen, niet mag weigeren. De arts mag de patiënt wel begeleiden bij de inzage.

⁵⁰ Zie voor alle onderdelen van het recht op informatie artikel 13 en 14 AVG.

⁵¹ Artikel 7:456 BW.

⁵² Artikel 15d lid 1 Wabvpz.

⁵³ Artikel 15e Wabvpz.

Uitzondering

Soms is in het dossier van een patiënt ook informatie over iemand anders opgenomen. Een patiënt kan geen inzage in, of een afschrift van (een deel van) het medisch dossier krijgen als de persoonlijke levenssfeer van een ander daardoor wordt geschaad en diens belang een overwegend karakter heeft. Dit betekent dat als een patiënt om inzage of een afschrift van (dat deel) van het medisch dossier verzoekt, de arts moet beoordelen of dat kan. Dat wil zeggen dat hij beoordeelt of de persoonlijke levenssfeer van een ander door de inzage wordt geschonden en of het belang van de privacybescherming van een ander zwaarder weegt dan het belang van de patiënt om inzage te krijgen in zijn medisch dossier.

Ter voorkoming van dergelijke dilemma's doet de arts er verstandig aan om geen informatie van derden in het dossier van een patiënt op te nemen zonder medeweten van deze patiënt. Personen die gegevens over een patiënt verstrekken en niet willen dat de patiënt dit te weten komt, moet hij hierop wijzen. Alleen als dit noodzakelijk is voor een goede hulpverlening, kan hij wel informatie van derden in het dossier opnemen (zie ook [paragraaf 2.4.4](#)).

Kosteloos afschrift

Als een patiënt om een afschrift van zijn medisch dossier vraagt, moet deze kosteloos worden verstrekt. Er mag daarvoor in beginsel geen vergoeding worden berekend, tenzij het verzoek buitensporig is, bijvoorbeeld als een patiënt heel vaak om een afschrift verzoekt, of om meer dan één afschrift verzoekt. Dan mag een redelijke vergoeding worden gevraagd.⁵⁴ Behalve de patiënt zelf, kan ook diens vertegenwoordiger een kosteloos afschrift van (een deel van) het dossier opvragen.

2.11.3 Recht op toevoegen van een verklaring

De patiënt kan de arts verzoeken om aan zijn medisch dossier een verklaring toe te voegen over de stukken die in het dossier zijn opgenomen.⁵⁵

Het kan zijn dat een patiënt er behoefte aan heeft dat in zijn dossier een beeld van zijn persoon of zijn gezondheidstoestand wordt geschetst, dat in zijn ogen volledig en juist is. In dat geval heeft hij het recht om aan zijn dossier een verklaring toe te voegen over de stukken die in het dossier zijn opgenomen. Een dergelijke verklaring kan een zienswijze van de patiënt bevatten over de bevindingen van de arts of een andere hulpverlener, bijvoorbeeld in het kader van een second opinion. Ook als de arts het niet eens is met de verklaring van de patiënt, moet hij deze opnemen in het medisch dossier.

⁵⁴ Artikel 12 lid 5 AVG en artikel 15 lid 3 AVG.

⁵⁵ Artikel 7:454 lid 2 BW.

2.11.4 Recht op correctie van gegevens

De patiënt kan de arts verzoeken om feitelijke onjuistheden in zijn medisch dossier te laten corrigeren.⁵⁶

Als een patiënt feitelijke onjuistheden in zijn dossier ontdekt, mag hij die laten corrigeren. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om een fout in zijn adresgegevens of onjuiste gegevens over onderzoeken en behandelingen in het verleden. Het recht op correctie strekt niet zo ver dat de patiënt bijvoorbeeld de diagnose mag laten wijzigen. Is de patiënt het niet eens met een diagnose, dan mag hij een verklaring aan het medisch dossier toevoegen, waarin hij zijn (afwijkende) visie op de diagnose weergeeft (zie hiervoor [paragraaf 2.11.3](#)).

2.11.5 Recht op beperking van gegevensverwerking

Een patiënt kan de arts verzoeken om de verwerking van zijn persoonsgegevens te beperken.⁵⁷ Dit houdt in dat de gegevens wel beschikbaar blijven in het medisch dossier, maar dat ze tijdelijk niet gebruikt mogen worden.

In bepaalde situaties mag een patiënt verzoeken dat zijn persoonsgegevens tijdelijk niet worden gebruikt, maar wel beschikbaar blijven in het medisch dossier. De persoonsgegevens mogen dan alleen nog worden gebruikt:

- als de patiënt daar toestemming voor geeft;
- als dat nodig is voor het instellen, uitoefenen of onderbouwen van een rechtsvordering;
- als dat nodig is om de rechten van andere natuurlijke personen of rechtspersonen te beschermen; of
- om een gewichtige reden van algemeen belang voor de Europese Unie of voor Nederland.

Een patiënt kan een beroep doen op het recht op beperking van gegevensverwerking in de volgende situaties:

- De patiënt heeft aangegeven dat onjuiste persoonsgegevens worden gebruikt. In dat geval mogen deze gegevens niet gebruikt worden zolang de verwerkingsverantwoordelijke de juistheid ervan niet gecontroleerd heeft.
- De verwerking van de persoonsgegevens is onrechtmatig. In dat geval kan de patiënt de verwerkingsverantwoordelijke verzoeken om het gebruik ervan te beperken in plaats van de gegevens te wissen. Bijvoorbeeld als hij de gegevens later nog wil opvragen.

⁵⁶ Artikel 16 AVG.

⁵⁷ Artikel 18 AVG.

- De verwerkingsverantwoordelijke heeft de persoonsgegevens niet meer nodig voor het doel waarvoor ze noodzakelijk waren. In dat geval kan de patiënt de verwerkingsverantwoordelijke verzoeken om het gebruik ervan te beperken in plaats van de gegevens te wissen. Bijvoorbeeld omdat hij de gegevens nog nodig heeft voor een rechtsvordering, zoals een juridische procedure waarin hij betrokken is.
- De patiënt heeft bezwaar gemaakt tegen het gebruik van zijn persoonsgegevens vanwege zijn specifieke situatie. In dat geval mogen deze gegevens niet gebruikt worden zolang niet duidelijk is of het belang van de verwerkingsverantwoordelijke zwaarder weegt dan het belang van de patiënt.

Als de arts een verzoek tot beperking van gegevensverwerking honoreert, dan mogen de gegevens van de patiënt in beginsel niet meer worden verwerkt. De beperking van de gegevensverwerking moet duidelijk zijn aangegeven in de gegevens (zoals met tags of labels). Een manier om gegevensverwerking te beperken is door de geselecteerde gegevens voor gebruikers tijdelijk onbeschikbaar te maken.⁵⁸

2.11.6 Recht op dataportabiliteit van gegevens

Een patiënt kan de arts verzoeken zijn persoonsgegevens over te dragen aan een andere (zorg)aanbieder. Dit wordt het recht op dataportabiliteit genoemd.⁵⁹

Het recht op dataportabiliteit is van toepassing op een deel van de gegevens in een medisch dossier. Hieronder vallen persoonsgegevens die de patiënt zelf actief en bewust heeft verstrekt. Dit kunnen ook gegevens zijn die de patiënt indirect heeft verstrekt door het gebruik van een dienst of apparaat, zoals gegevens van een pacemaker of bloeddrukmeter.

Het recht op dataportabiliteit is niet van toepassing op gegevens in het medisch dossier die de patiënt niet zelf, direct of indirect, heeft verstrekt. Het gaat dan bijvoorbeeld om conclusies, diagnoses, vermoedens of behandelplannen die een arts of zorgverlener heeft vastgesteld op basis van gegevens die de patiënt heeft verstrekt.

2.11.7 Recht op vernietiging van dossiergegevens

Een patiënt kan de arts verzoeken (gegevens uit) het medisch dossier te vernietigen.⁶⁰ De arts moet een verzoek daartoe in beginsel honoreren, tenzij hij een beroep kan doen op een uitzondering.

⁵⁸ Zie ook [Handleiding Algemene verordening gegevensbescherming \(AVG\)](#) van het ministerie van Justitie en Veiligheid.

⁵⁹ Artikel 20 AVG.

⁶⁰ Artikel 7:455 BW.

Een patiënt heeft het recht om dossiergegevens te laten vernietigen. Hij moet een verzoek daartoe schriftelijk of elektronisch indienen. Aangeraden wordt om dit verzoek, bijvoorbeeld als correspondentie, buiten het dossier te bewaren. Ook kan de arts in het medisch dossier aantekenen dat een deel ervan is vernietigd op verzoek van de patiënt. Daarbij tekent de arts aan dat de patiënt een verzoek tot vernietiging heeft gedaan, maar niet welke gegevens zijn vernietigd. Het recht op vernietiging geldt alleen voor gegevens die de arts in het kader van zijn dossierplicht heeft opgeslagen. Het geldt niet voor andere gegevens, zoals financiële gegevens, die de arts op andere gronden moet bewaren.

Een arts honoreert een verzoek om vernietiging, tenzij er sprake is van een uitzondering op het vernietigingsrecht. We beschrijven deze uitzonderingen hieronder.

2.11.7.1 Uitzonderingen op het vernietigingsrecht

Op het vernietigingsrecht van de patiënt bestaan de volgende uitzonderingen:

- 1) Een ander dan de patiënt heeft een aanmerkelijk belang bij het bewaren van de gegevens.
- 2) Een andere wet schrijft een bewaartermijn voor waarbinnen de gegevens niet vernietigd mogen worden.
- 3) De vernietiging belemmert goed hulpverlenerschap.
- 4) De WGBO is slechts deels van toepassing.

1) Een ander dan de patiënt heeft aanmerkelijk belang bij het bewaren van de gegevens

Een verzoek om vernietiging van bepaalde gegevens mag worden afgewezen als een ander dan de patiënt een aanmerkelijk belang heeft bij het bewaren van die gegevens.⁶¹ De arts moet dan aannemelijk maken dat het belang van die ander groter is dan het belang dat de patiënt heeft bij de vernietiging. Denk bijvoorbeeld aan het belang van een familielid van de patiënt om de gegevens te kunnen gebruiken voor een eventueel onderzoek naar erfelijke ziekten.

Een ander voorbeeld is de situatie waarin er in het medisch dossier van een moeder staat, dat haar kind met donorzaad is verwekt. In dat geval kan het kind er belang bij hebben dat die informatie bewaard blijft, bijvoorbeeld als hij in de toekomst zijn genetische achtergrond wil onderzoeken. Vraagt de moeder om vernietiging van de gegevens, dan moet de arts beoordelen of het belang van het kind zwaarder weegt dan het vernietigingsrecht van de moeder. Zo ja, dan moet hij het verzoek weigeren. Terzijde zij overigens opgemerkt, dat het kind niet zonder meer recht heeft op deze gegevens.

Ook de arts (of een medewerker van de arts of instelling) kan een aanmerkelijk belang hebben bij het bewaren van bepaalde gegevens. Dit is bijvoorbeeld het geval als een patiënt een juridische procedure tegen de arts is gestart. In dat geval heeft de arts er belang bij dat de gegevens bewaard blijven, zodat hij ze voor zijn verdediging kan gebruiken. Echter, het enkele feit dat een patiënt mogelijk een klacht zal indienen, is onvoldoende grond om een vernietigingsverzoek af te wijzen.

Vernietigt de arts het medisch dossier op verzoek van de patiënt en kan de arts om die reden voor zijn verweer geen gebruik meer maken van de gegevens uit het medisch dossier? Dan kan de arts zich niet verweren en kan de klacht worden afgewezen.

⁶¹ Artikel 7:455 lid 2 BW.

2) Een andere wet bepaalt dat gegevens (binnen een bepaalde termijn) niet vernietigd mogen worden

De tweede uitzondering op het vernietigingsrecht betreft de situatie dat een andere wet een bewaartermijn voorschrijft, waarbinnen de gegevens niet vernietigd mogen worden.⁶²

Een voorbeeld hiervan is de lijst van te vernietigen archiefstukken van universitair medische centra, die op basis van de Archiefwet (zie ook [paragraaf 2.7.2](#)) is opgesteld. Op die lijst is aangegeven dat bepaalde gegevens (het zogenaamde kern dossier) vanwege het belang van de overheid 115 jaar bewaard moeten blijven. Dit belang van de overheid zou ondermijnd worden als deze gegevens op verzoek van een patiënt tussentijds worden vernietigd.

Een ander voorbeeld betreft de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). Beide wetten bepalen dat de eerste vijf jaar van de bewaartermijn de gegevens van een cliënt niet mogen worden vernietigd.⁶³ Pas na die vijf jaar kan de cliënt/betrokkene een verzoek tot vernietiging doen. De betrokken instanties dienen het verzoek tot vernietiging dan in beginsel te honoreren. Het verzoek kan alleen worden afgewezen als:

- redelijkerwijs aannemelijk is dat bewaring van de gegevens en bescheiden van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de betrokkene/cliënt;
- het bij de wet bepaalde zich tegen vernietiging verzet.

3) Belemmering van goed hulpverlenerschap

Er zijn situaties voorstelbaar waarin een verzoek tot vernietiging van een medisch dossier strijdig is met het goed hulpverlenerschap. Gedacht kan worden aan informatie die zo cruciaal is voor de behandeling, dat door vernietiging daarvan de arts geen goede zorg meer zou kunnen verlenen en hij de behandelingsovereenkomst zou moeten opzeggen. Een ander voorbeeld is een verzoek van een ouder om informatie over vermeende mishandeling uit het medisch dossier van zijn/haar kind te halen.⁶⁴

Een derde voorbeeld betreft minderjarige patiënten van twaalf tot zestien jaar. Volgens de wet hebben deze patiënten zelfstandig het recht om een vernietigingsverzoek te doen. Verzoekt een minderjarige om vernietiging van een volledig medisch dossier, dan mag een arts dit verzoek op grond van goed hulpverlenerschap weigeren. In het algemeen is het immers niet in het belang van (de continuïteit van de zorg aan) een minderjarige als zijn hele medisch dossier wordt vernietigd. Ook een verzoek van een minderjarige om gegevens uit zijn dossier laten verwijderen die gaan over (een vermoeden van) kindermishandeling mag een arts weigeren.⁶⁵

Als een arts een beroep wil doen op deze uitzondering op het vernietigingsrecht van de patiënt, vergt dat een zorgvuldige afweging van de arts. Weigert de arts een vernietigingsverzoek op grond van goed hulpverlenerschap, dan moet hij dat altijd kunnen motiveren en vastleggen in het dossier.

⁶² Artikel 7:455 lid 2 BW.

⁶³ De bewaartermijn voor gegevens uit het dossier en de de Wvggz, respectievelijk de Wzd, vangt aan op moment dat de crisismaatregel, de voortzetting van de crisismaatregel of de zorgmachtiging is beëindigd, respectievelijk op het moment dat de onvrijwillige zorg of inbewaringstelling is beëindigd (artikel 8:33 lid 2 Wvggz en artikel 18a lid 5 Wzd).

⁶⁴ Zie artikel 3 lid 3 van de [KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld](#).

⁶⁵ Op grond van artikel 3 lid 3 van de [KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld](#).

4) WGBO deels van toepassing

Het vernietigingsrecht op grond van de WGBO is niet in alle gevallen (volledig) van toepassing op arts-patiëntcontacten. Dit geldt bijvoorbeeld voor medische keuringen die in opdracht van een derde worden verricht bij een patiënt. Op die keuringen zijn de bepalingen uit de WGBO van overeenkomstige toepassing, dat wil zeggen voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daar niet tegen verzet.⁶⁶

In de bedrijfsgeneeskundige zorg is de WGBO van toepassing op de zogenoemde 'vrijwillige spreekuurcontacten'. Dat is anders voor de zogenoemde 'verplichte spreekuurcontacten', zoals sociaal-medische begeleiding en verplichte medische keuringen tijdens het dienstverband. Op deze verplichte contacten is de WGBO van overeenkomstige toepassing. Dit betekent dat de werknemer geen vernietigingsrecht heeft ten aanzien van gegevens die uit zo'n verplicht spreekuurcontact voortkomen. Dit komt omdat de aard van de verhouding tussen de bedrijfsarts en de werknemer, en de belangen van de werkgever zich tegen vernietiging van deze gegevens verzetten. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling door het UWV.

Vernietigingsverzoek

Verzoekt de patiënt om vernietiging van zijn gehele medisch dossier en is er geen sprake van een uitzondering? Dan kan de arts de patiënt zo nodig wijzen op de nadelen van vernietiging van het hele dossier. Hij kan de patiënt ook de mogelijkheid bieden om (in plaats van vernietiging) bepaalde gegevens uit het dossier te vernietigen of het dossier aan de patiënt af te staan. Zo behoudt de patiënt de mogelijkheid om het dossier op een later tijdstip alsnog aan een arts ter beschikking te stellen. De arts is echter niet verplicht om dit te doen. Volhardt de patiënt in zijn wens om het medisch dossier te vernietigen, dan gaat de arts daartoe over.

2.11.8 Uitvoeringstermijn verzoeken van patiënt

Een patiënt kan verschillende verzoeken doen aan een arts als het gaat om (de verwerking van) zijn medische gegevens. Deze zijn in de voorgaande paragrafen aan bod gekomen. Het gaat daarbij om het recht op:

- inzage of afschrift van het medisch dossier;
- correctie van gegevens;
- beperking van de gegevensverwerking;
- overdracht van gegevens (dataportabiliteit);
- vernietiging van dossiergegevens.

De arts moet zo spoedig mogelijk en in ieder geval binnen een maand na ontvangst van het verzoek de patiënt informeren over de uitvoering van het verzoek.⁶⁷ Gaat het om een complex verzoek of om meerdere verzoeken?⁶⁸ Dan kan de arts de termijn met twee maanden verlengen. De arts moet dan wel binnen een maand aan de patiënt laten weten dat het langer gaat duren om aan het verzoek te voldoen. Weigert de arts aan het verzoek te voldoen, dan moet hij die weigering goed onderbouwen. Als de patiënt het niet eens is met de weigering van de arts, dan kan hij zijn verzoek voorleggen aan bijvoorbeeld de functionaris gegevensbescherming van de zorgaanbieder.

⁶⁶ Artikel 7:464 BW.

⁶⁷ Artikel 12 lid 3 AVG.

⁶⁸ Een complex verzoek kan bijvoorbeeld zijn als het veel uitzoekwerk en/of aanzienlijke administratieve last met zich meebrengt.

Hoofdstuk 3

Elektronische gegevensuitwisseling

Steeds vaker worden patiëntgegevens elektronisch uitgewisseld. Denk aan het versturen van medische gegevens via e-mail, of aan online consulten via beeldbellen. Daarnaast is de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) in opkomst: een website of app waarbinnen burgers hun eigen gezondheidsgegevens kunnen beheren. Voor de elektronische verwerking van medische gegevens gelden diverse eisen. Die beschrijven we in dit hoofdstuk.

3.1 Algemene eisen voor het beheer van elektronische gegevens

Degene die verantwoordelijk is voor het beheer van gegevens in digitale medische dossiers is verplicht om technische en organisatorische maatregelen te treffen die nodig zijn om de beveiliging ervan te waarborgen.

Alle persoonsgegevens die worden opgeslagen, moeten zodanig worden beveiligd dat verlies of onrechtmatig gebruik ervan zo veel mogelijk voorkomen wordt. Dit geldt ook voor elektronisch opgeslagen persoonsgegevens. Daarbij valt te denken aan digitale medische dossiers. Vaak worden dergelijke dossiers in instellingen 'Elektronisch Patiënten Dossier' (EPD) of 'Elektronisch Cliënten Dossier' (ECD) genoemd.

Om deze beveiliging te waarborgen is degene die verantwoordelijk is voor het beheer van de gegevens in het EPD, verplicht om de noodzakelijke technische en organisatorische maatregelen te treffen.⁶⁹ Dit betekent onder meer dat de computer en het (e-mail)programma, die voor de gegevensopslag worden gebruikt, voldoende zijn beveiligd. Daarbij moet men ook denken aan maatregelen zoals twee-factor-authenticatie bij het verlenen van toegang tot EPD's en het regelmatig controleren van logbestanden.⁷⁰

Het is een wettelijke verplichting om patiëntgegevens in medische dossiers te beveiligen. Die verplichting volgt met name uit de AVG en uit het Besluit elektronische gegevensverwerking door zorgaanbieders.

Informatiebeveiliging in de zorg is in het algemeen gericht op het waarborgen van de vertrouwelijkheid, de integriteit en de beschikbaarheid van patiëntgegevens. Om de vertrouwelijkheid te kunnen waarborgen zijn maatregelen nodig die voorkomen dat onbevoegden kennis kunnen nemen van patiëntgegevens. Tevens is het in het gezondheidsbelang van patiënten dat hun gegevens juist zijn en niet per ongeluk of opzettelijk ten onrechte zijn gewijzigd. Ook is het belangrijk dat de juiste gegevens van de patiënt op het juiste moment beschikbaar zijn voor de arts.

⁶⁹ Artikel 32 AVG. Deze verplichting geldt voor de 'verwerkingsverantwoordelijke' (bijvoorbeeld het bestuur van een zorginstelling) en voor de 'verwerker', als bedoeld in de AVG.

⁷⁰ Wegens het ontbreken daarvan heeft de AP boetes opgelegd aan het Haga-ziekenhuis in 2019 (€ 460.000) en in 2020 aan het OLVG (€ 440.000).

De beveiligingsmaatregelen dienen daarom ook ter voorkoming dat gegevens per ongeluk of onrechtmatig worden vernietigd of anderszins verloren gaan.

De AVG bevat een algemene verplichting tot het treffen van passende technische en organisatorische maatregelen ter bescherming van persoonsgegevens tegen onbedoelde en onrechtmatige vernietiging, verlies, wijziging of ongeoorloofde verstrekking of toegang. Ook bevat de AVG een meldplicht voor datalekken. In bepaalde gevallen moet een datalek worden gemeld aan de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) en soms ook aan de patiënt of patiënten.

Zorgaanbieders zijn verplicht om te zorgen voor een veilig en zorgvuldig gebruik van hun elektronische patiëntendossiers ('zorginformatiesysteem'). Zij zijn verplicht om de beveiliging in te richten volgens het bepaalde in de NEN normen 7510 en 7512.⁷¹ Zorgaanbieders moeten, als verantwoordelijke voor een zorginformatiesysteem, er ook voor zorg dragen dat de logging van het systeem voldoet aan het bepaalde in NEN norm 7513.⁷²

Meer informatie:

[Gedragscode EGIZ Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg](#)
[Informatiebeveiliging in de zorg. Nederlands Normalisatie Instituut \(NEN\)](#)

3.2 Elektronische gegevensuitwisseling tussen arts en patiënt

Een arts kan elektronisch informatie uitwisselen met een patiënt. Als hij van deze mogelijkheid gebruik wil maken, moet hij nagaan of dit verantwoord en veilig is.

3.2.1 Zorgvuldigheid en voorwaarden

De arts kan van elektronische middelen gebruikmaken voor bijvoorbeeld het plannen van afspraken, het uitwisselen van informatie of om elektronische consulten met patiënten te voeren. Denk aan het gebruik van e-mail, messenger-apps, social media, patiëntenportalen en andere vormen van online arts-patiëntcommunicatie. Ook kunnen artsen via internet contact onderhouden met eigen patiënten of hun diensten aanbieden aan (tot dat moment) onbekende patiënten.

Zorgvuldigheid geboden

In het belang van de kwaliteit en continuïteit van de zorg, is grote zorgvuldigheid geboden als een arts gebruikmaakt van online communicatietoepassingen. Zo moet hij rekening houden met het feit dat lichamelijk onderzoek niet mogelijk is, dat hij uitsluitend kan afgaan op de informatie die de patiënt hem verstrekt en dat het soms lastig is om de identiteit van de patiënt vast te stellen.

⁷¹ NEN norm 7510:2017 (Informatiebeveiliging in de zorg), deel 1 (Managementsysteem) en deel 2 (Beheersmaatregelen) en NEN norm 7512:2015 (Vertrouwensbasis voor gegevensuitwisseling).

⁷² NEN norm 7513:2018 (Logging - Vastleggen van acties op elektronische patiëntdossiers).

Ook vergt het online uitwisselen van medische gegevens extra aandacht vanwege de eisen aan de beveiliging van de communicatie en/of van de inhoud van de berichten. De arts moet dus zorgvuldig overwegen of hij van deze mogelijkheid gebruik wil maken.

Naast de verantwoordelijkheden die de arts hierin heeft, heeft ook de patiënt een verantwoordelijkheid. Zo behoort hij de arts naar beste weten in te lichten over zijn klachten en gezondheidstoestand.⁷³ Is de patiënt voldoende geïnformeerd over de voordelen en de risico's van online communicatie en kiest hij vervolgens bewust voor online contact met een arts? Dan aanvaardt hij hiermee de gevolgen en beperkingen van deze vorm van communicatie.

Voorwaarden

Voor de elektronische gegevensuitwisseling en online communicatie met een patiënt gelden verschillende voorwaarden. Deze voorwaarden komen voort uit het feit dat artsen moeten kunnen instaan voor de vertrouwelijkheid en beveiliging van die communicatie. Welke voorwaarden gelden, hangt af van het communicatiemiddel en het doel van de elektronische gegevensuitwisseling of het online contact. In de volgende paragrafen bespreken we eerst de voorwaarden per communicatiemiddel en daarna de voorwaarden per doel.

3.2.2 Voorwaarden per communicatiemiddel

Zoals eerder aangegeven kunnen artsen verschillende communicatiemiddelen gebruiken voor elektronische gegevensuitwisseling met een patiënt. Per communicatiemiddel gelden de volgende voorwaarden.

3.2.2.1 Gebruik van e-mail

Voor het e-mailverkeer tussen artsen en patiënten bestaat er geen wettelijke bepaling die het gebruik van e-mail bij het uitwisselen van medische gegevens reguleert.⁷⁴ Daarom moet aansluiting worden gezocht bij meer algemeen geformuleerde regels over de omgang met medische gegevens. Deze komen erop neer dat de arts op een verantwoorde wijze met de medische gegevens van zijn patiënten moet omgaan. Deze regels gelden ook als hij de medische gegevens per e-mail verzendt. Voordat hij de gegevens naar een patiënt of diens vertegenwoordiger mailt, moet duidelijk zijn dat de ontvanger deze gegevens mag ontvangen. Daarom zal hij er zeker van moeten zijn dat het e-mailadres dat hij gebruikt ook daadwerkelijk van de patiënt of diens vertegenwoordiger is.

Alledaagse e-mailsystemen zijn in het algemeen niet voldoende in staat om de vertrouwelijkheid van medische gegevens te borgen. Daarom is recent tegemoet gekomen aan de behoefte aan een handreiking voor veilig mailen in de zorg. De NEN norm NTA 7516 is in het voorjaar van 2019 gepubliceerd en biedt helderheid over de voorwaarden, waaronder e-mail wél veilig gebruikt kan worden. Het bevat een compleet overzicht van de organisatorische en technische maatregelen die genomen moeten worden als een zorgaanbieder via e-mail medische gegevens wil uitwisselen en zich wil houden aan de geldende wetgeving en richtlijnen van de AP.⁷⁵

⁷³ Artikel 7:452 BW.

⁷⁴ Wel is er de NTA7516 voor veilige e-mail en chatapplicaties.

⁷⁵ [Veilig mailen met NTA 7516 \(nen.nl\)](https://www.nen.nl/veilig-mailen-met-NTA-7516)

3.2.2.2 Gebruik van WhatsApp en andere berichtendiensten

Artsen gebruiken soms WhatsApp of andere (vergelijkbare) berichtendiensten om te communiceren met hun patiënten. Het gebruik van deze diensten kan soms nodig zijn in het zorgproces. In dat geval moeten artsen zich realiseren dat zij bij het gebruik hiervan de vertrouwelijkheid van patiëntgegevens moeten waarborgen. Niet alle berichtendiensten zijn echter even veilig. Het advies is dan ook om allereerst de mate van veiligheid van de berichtendienst te onderzoeken. Bijvoorbeeld door informatie te zoeken over privacy- en informatiebeveiliging van de specifieke berichtendienst. Artsen moeten namelijk altijd zorgen voor een veilige digitale gegevensuitwisseling. Dit staat los van de toestemming die een patiënt heeft gegeven om een elektronische berichtendienst te gebruiken. Als anonimiteit niet gegarandeerd is, bijvoorbeeld als er foto's worden gestuurd, kan de arts beter kiezen voor andere communicatiemiddelen. De NTA 7516 is ook van toepassing op messenger apps en instantmessaging toepassingen zoals WhatsApp en Facebook Messenger.

3.2.2.3 Gebruik van beeldbellen

Sinds de coronacrisis in 2020, is het gebruik van beeldbellen tussen artsen en patiënten enorm toegenomen. Er zijn meerdere toepassingen voor beeldbellen beschikbaar. Het verdient altijd de voorkeur om de meest veilige en gecertificeerde toepassing te gebruiken. Daarbij valt te denken aan toepassingen die speciaal voor de zorg ontwikkeld zijn. Naar verwachting is bij de ontwikkeling hiervan nadrukkelijk gelet op de wettelijke eisen en normen voor het uitwisselen van privacygevoelige zorginformatie.⁷⁶

Daarnaast zijn er zakelijke beeldbeltoepassingen. Die worden specifiek voor de zakelijke markt, al dan niet gratis, aangeboden door commerciële bedrijven. Deze zakelijke toepassingen zijn niet specifiek ontwikkeld voor de zorg. Het is dan ook niet altijd duidelijk in hoeverre deze toepassingen voldoende veilig zijn voor het gebruik in de zorg. Het advies is om te kiezen voor betaalde opties. Bij de ontwikkeling hiervan zijn meestal gerichte afspraken gemaakt over de opslag en uitwisseling van gegevens. Wie gratis toepassingen gebruikt, betaalt vaak met zijn data.

Tot slot zijn er de consumententoepassingen. Veel gebruikte consumententoepassingen als Skype, Facebook Messenger en WhatsApp voldoen mogelijk niet aan alle wettelijke beveiligingseisen voor het uitwisselen van gezondheidsinformatie. Als het niet anders kan, kan de arts deze toepassingen gebruiken, maar het advies is om veiligere toepassingen te gebruiken als die voorhanden zijn.

Weet de arts niet of de toepassing die hij wil gebruiken voldoende veilig is? Dan is het belangrijk om de patiënt vooraf te informeren dat de communicatie mogelijk niet voldoende beveiligd is. De patiënt moet met het gebruik hiervan instemmen. Die instemming is echter geen vrijbrief om niet aan de beveiligingsverplichtingen te hoeven voldoen. Ook is het advies om na elk gesprek de chathistorie te wissen.⁷⁷

⁷⁶ De Autoriteit Persoonsgegevens heeft in april 2020 een aantal beeldbeltoepassingen beoordeeld op de belangrijkste privacyaspecten. Dit heeft geresulteerd in een Keuzehulp privacy en videobellen. Op 10 augustus 2020 heeft de AP een derde en voorlopig laatste versie daarvan gepubliceerd. Op internet: [Keuzehulp privacy bij videobel-apps | Autoriteit Persoonsgegevens](#) (laatst geraadpleegd op 9 december 2020).

⁷⁷ Voor meer adviezen over videobellen voor huisartsen, zie bijvoorbeeld het LHV-Advies over inzet beeldbellen en videoconsult. Op internet: [Advies over inzet beeldbellen en videoconsult | LHV](#) (laatst geraadpleegd op 9 december 2020).

3.2.2.4 Gebruik van social media

Als artsen in de communicatie met patiënten gebruikmaken van social media, moeten ze hier bewust mee omgaan en goed letten op de bescherming van de privacy van de patiënten. Dit geldt met name als er gegevens worden uitgewisseld die tot patiënten herleidbaar zijn. Zie hiervoor ook de [KNMG-handreiking Artsen en social media](#).

3.3 Voorwaarden per doel van online contact en gegevensuitwisseling

Een arts kan online medisch advies geven en/of (herhaal)medicatie voorschrijven aan een patiënt. Hiervoor gelden verschillende voorwaarden.

Deze paragraaf gaat in op de voorwaarden voor online contact en elektronische gegevensuitwisseling met patiënten in relatie tot het doel ervan. Daarbij gaan we in op de volgende doelen:

- online consult met medisch advies: de arts geeft tijdens een online consult een individueel medisch advies aan een patiënt;
- online voorschrijven van geneesmiddelen: de arts schrijft tijdens een online consult medicatie voor;
- online voorschrijven van herhaalrecepten: de arts schrijft tijdens een online consult herhaalmedicatie voor.

3.3.1 Online contact en de WGBO

Een arts die online contact met patiënten heeft, zal zich moeten afvragen of er reeds een behandelingsovereenkomst bestaat met deze patiënt. Het kan ook zijn dat door het online contact een nieuwe behandelingsovereenkomst tot stand komt. Immers een persoonlijk advies geven valt ook onder de WGBO. Er zijn ook situaties van online contact mogelijk waarbij geen behandelingsovereenkomst bestaat of tot stand komt. Een voorbeeld is het geval waarin een arts via een website algemene, niet op de individuele patiënt gericht informatie verstrekt, zoals algemene informatie over bepaalde ziektebeelden of behandelmethoden. Een ander voorbeeld is het online aanbieden van vragenlijsten aan de hand waarvan de patiënt zelf een diagnose kan bepalen. Als een arts naar aanleiding van de uitkomsten van zo'n vragenlijst handelt, valt dat handelen wel onder de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Alleen als de kwaliteit van zorg voldoende is gegarandeerd, de kans op nadelige gevolgen in voldoende mate is verkleind (bijvoorbeeld als counseling wordt geboden) en de geboden zorg de patiënt ten goede komt, kan een arts besluiten om zonder bestaande behandelrelatie online contact met een patiënt aan te gaan. De verantwoordelijkheid voor de beslissing om online contact met de patiënt te onderhouden en de verantwoordelijkheid voor het medisch handelen ligt bij de arts. Deze kan daarop worden aangesproken.

Als er bij online contact sprake is van een bestaande of nieuwe behandelingsovereenkomst zijn dus in beginsel de wettelijke bepalingen van de WGBO van toepassing. De WGBO kan ook van overeenkomstige toepassing zijn in situaties waarin er tussen arts en patiënt geen behandelingsovereenkomst tot stand komt. Dit geldt bijvoorbeeld voor online contact tussen een werknemer en een bedrijfsarts in het kader van ziekteverzuimbegeleiding of online contact tussen een betrokkene en een arts in het kader van een medische keuring.

3.3.2 Online consult met medisch advies

We spreken van een online consult met medisch advies als de arts online aan een patiënt een individueel medisch advies geeft, door bijvoorbeeld een vraag van een patiënt te beantwoorden of de patiënt een advies te geven dat op zijn situatie is gericht. Een dergelijk online consult is alleen geoorloofd als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

- 1) De arts heeft de patiënt voldoende geïnformeerd over de werkwijze bij online contact. Daarbij gaat het met name om informatie over:
 - wat de (on)mogelijkheden zijn van online contact;
 - in welke gevallen de patiënt de arts online kan consulteren;
 - binnen welke termijn de arts antwoord geeft op een online gestelde vraag;
 - wie de gegevens te zien krijgt die de patiënt verstrekt, ook tijdens vakanties;
 - wie eventuele triage verrichten;
 - dat de arts een medisch dossier bijhoudt;
 - wat de kosten zijn van het e-consult;
 - op welke wijze de patiënt kan betalen.
- 2) De arts moet ervoor zorgen dat de verrichtingen die hij online uitvoert – zoals patiëntgesprekken en onderzoek via beeldbellen – buiten de waarneming van anderen plaatsvinden. Bij een fysiek consult in een praktijk of instelling is dat eenvoudiger. Bij beeldbellen ligt dat lastiger. De arts kan niet makkelijk vaststellen of de patiënt 'aan de andere kant' voldoende privacy heeft. Dit moet hij bij aanvang van elk beeldbelgesprek vaststellen, bijvoorbeeld door te vragen of de patiënt vrijuit kan praten. Ook voor visuele waarnemingen ('laat dat plekje op uw billen eens zien') moet de arts een dergelijke check doen.
- 3) De arts heeft voldoende relevante en betrouwbare gegevens van de patiënt voor handen (bijvoorbeeld een betrouwbare en relevante medische voorgeschiedenis) om een medisch verantwoord individueel advies te kunnen geven. Hij kan deze gegevens vooraf van de patiënt hebben ontvangen en/of hij beschikte hier al eerder over.
- 4) De arts neemt de vakinhoudelijke regels in acht die in zijn beroepsgroep gelden voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg evenals de rechten van de patiënt.

- 5) De arts heeft de identiteit van de patiënt in voldoende mate vastgesteld. Ook heeft hij gecontroleerd of de patiënt wilsbekwaam en meerderjarig is, dat wil zeggen: 16 jaar of ouder. Bij twijfel over de identiteit van de patiënt mag de arts geen online advies geven en de patiënt niet vragen om online vertrouwelijke gegevens te versturen. Ook moet de arts zichzelf tegenover de patiënt identificeren. Daartoe vermeldt hij zijn BIG-registratienummer op zijn website.⁷⁸
- 6) De arts geeft duidelijk aan dat zijn advies is gebaseerd op gegevens die de patiënt heeft verstrekt en op eventueel beschikbare dossiergegevens. Daarbij geeft de arts aan dat de patiënt contact met hem of een andere arts moet zoeken als de klachten verergeren, als daartoe aanleiding is of bij onzekerheid.
- 7) Als de arts niet de (huis)arts van de patiënt is, informeert hij de eigen huisarts van de patiënt over het advies dat hij aan de patiënt heeft gegeven. De patiënt kan tegen deze informatieverstrekking bezwaar maken. In dat geval adviseert de arts de patiënt nadrukkelijk om zelf zijn huisarts op de hoogte te brengen.

3.3.3 Online voorschrijven van geneesmiddelen

Een arts mag alleen geneesmiddelen voorschrijven als sprake is van een bestaande behandelingsovereenkomst. Dat wil zeggen dat de arts de patiënt kent, gezien heeft en de medicatiehistorie beschikbaar heeft. Daarnaast moet de arts beschikken over een betrouwbaar medisch dossier.

Een arts die online medicatie wil voorschrijven moet, in aanvulling op de voorwaarden 1 t/m 7 voor een online consult met medisch advies, ook nog aan enkele aanvullende voorwaarden voldoen. Die aanvullende voorwaarden vloeien rechtstreeks voort uit artikel 67 van de Geneesmiddelenwet. Dat artikel bepaalt dat het verboden is om via internet geneesmiddelen voor te schrijven, tenzij aan de volgende voorwaarden wordt voldaan⁷⁹:

- 8) De voorschrijvende arts moet de patiënt hebben ontmoet. Dit wil zeggen dat de arts en de patiënt tenminste eenmaal face-to-face contact hebben gehad, waarbij zij zich in dezelfde ruimte bevonden en het mogelijk was om een lichamelijk onderzoek te verrichten. Dit face-to-face contact hoeft niet per se verband te houden met het online voorschrijven van medicatie; het kan ook eerder hebben plaatsgevonden. Binnen een bestaande behandelingsovereenkomst zal veelal aan deze voorwaarde zijn voldaan.
- 9) De voorschrijvende arts moet de patiënt kennen. De arts moet zelf bepalen in hoeverre hij de patiënt voldoende kent om via internet medicatie te kunnen voorschrijven. 'Kennen' impliceert dat de arts tenminste weet wat de actuele gezondheidsstatus is van de patiënt. Binnen een bestaande behandelingsovereenkomst kan veelal worden aangenomen dat dit het geval is.

⁷⁸ Op grond van artikel 3:15d BW is degene die 'een dienst van de informatiemaatschappij verleent' verplicht om onder andere de volgende gegevens toegankelijk te maken voor de afnemers van die (online) dienst: naam, e-mailadres, postadres en bezoekadres; BIG-titel en BIG-registratienummer; de beroepsvereniging waarbij hij is aangesloten; verwijzing naar deze en andere relevante richtlijnen; de tarieven die hij hanteert. Geadviseerd wordt om ook informatie te vermelden over de gehanteerde procedure voor de zorgverlening en over de bereikbaarheid en waarneming in geval van spoed.

⁷⁹ Artikel 67 Geneesmiddelenwet: "Het is een ieder verboden via internet geneesmiddelen voor te schrijven aan personen die de voorschrijver nog nooit persoonlijk heeft ontmoet, of die de voorschrijver niet kent of van wie de voorschrijver de medicatiehistorie niet beschikbaar heeft."

- 10) De voorschrijvende arts moet de medicatiehistorie van de patiënt beschikbaar hebben. Daarmee wordt bedoeld dat de arts op het moment van voorschrijven beschikt over de actuele medicatiegeschiedenis van de patiënt. Daartoe kan hij bijvoorbeeld de huisartswaarneemgegevens of de medicatie-overzichten van apothekers raadplegen via het Landelijk Schakelpunt (LSP). Binnen een bestaande behandelingsovereenkomst zal een arts veelal beschikken over voldoende medicatiegegevens, omdat dit voortvloeit uit de wettelijke dossierplicht. Bij het online contact moet de arts zich realiseren dat de patiënt mogelijk ook andere (zelf)medicatie gebruikt.
- 11) Er is voldoende betrouwbare en relevante informatie beschikbaar om eventuele contra-indicaties voor de beoogde medicatie uit te sluiten en om op basis daarvan te besluiten om de medicatie voor te schrijven.
- 12) Er is op basis van de beschikbare informatie en met het oog op de in te zetten medicatie geen aanleiding om een (aanvullend) lichamelijk of ander onderzoek te verrichten.
- 13) De arts informeert de patiënt voldoende over het gebruik van het voorgeschreven medicijn en de eventuele bijwerkingen daarvan. Ook is het voldoende aannemelijk dat de patiënt de instructies bij de medicatie begrijpt, opvolgt en zo nodig de kuur afmaakt.

3.3.4 Online voorschrijven van herhaalrecepten

Bovenstaande voorwaarden (1 t/m 13) zijn ook van toepassing op het online voorschrijven van herhaalrecepten. Daarnaast gelden in aanvulling daarop de volgende voorwaarden:

- 14) De arts heeft of krijgt voldoende relevante informatie om te beoordelen of een herhaling van het recept noodzakelijk en/of wenselijk is.
- 15) Voor het verstrekken van een herhaalrecept is geen aanvullend (lichamelijk) onderzoek nodig.
- 16) De patiënt wordt geattendeerd op de mogelijkheid om het aan de arts te melden als er sinds de laatste uitgifte van het recept eventuele bijwerking zijn ontstaan of als er veranderingen zijn opgetreden in zijn gezondheidstoestand.

3.4 Elektronische gegevensuitwisseling tussen artsen en andere zorgverleners onderling

Een arts kan elektronisch informatie uitwisselen met een andere arts of zorgverlener. Als hij van deze mogelijkheid gebruik wil maken, moet hij nagaan of dit verantwoord en veilig is.

Artsen wisselen niet alleen elektronisch gegevens uit met patiënten, maar ook met andere artsen en zorgverleners. Ook hiervoor gelden voorwaarden. Hieronder beschrijven we de voorwaarden bij elektronische gegevensuitwisseling tussen artsen en andere zorgverleners onderling per e-mail, via WhatsApp en andere berichtendiensten, en via social media.⁸⁰

⁸⁰ Zie ook de NTA7516 voor veilige e-mail en chatapplicaties.

3.4.1 Patiëntgegevens versturen en dossiers delen

Bij elektronische gegevensuitwisseling wordt wel onderscheid gemaakt tussen 'push-' en 'pull-verkeer'.

Push-verkeer

Bij push-verkeer ligt het initiatief voor de gegevensuitwisseling bij de verzender. Dat is degene die een patiëntendossier in bewaring heeft. Deze verzender verstuurt gericht gegevens naar één of enkele ontvangers die een behandelrelatie heeft/hebben met de betrokken patiënt, dan wel wanneer een behandelrelatie wordt beoogd. Voorbeelden van push-verkeer zijn Edifactberichten, beveiligde e-mail en het gebruik van WhatsApp en andere applicaties waarmee artsen berichten en foto's met of zonder patiëntgegevens kunnen versturen naar andere zorgverleners.

Pull-verkeer

Bij pull-verkeer stelt een arts (dossierhouder) een patiëntendossier of gegevens daaruit beschikbaar voor raadpleging door andere zorgverleners (dossieradviseurs). Op voorhand staat niet altijd vast wie uiteindelijk de gegevens zullen raadplegen. Dat zal bijvoorbeeld afhangen van welke waarnemer er dienst heeft op een HAP. Het initiatief voor de daadwerkelijke gegevensuitwisseling ligt bij de dossieradviseur. Een voorbeeld van zo'n elektronisch uitwisselingsstelsel is het Landelijk Schakelpunt (LSP).

In 2019 zijn algemene eisen gepubliceerd waaraan e-mail- en chatapplicaties, waarmee patiëntgegevens kunnen worden uitgewisseld, moeten voldoen om veilig te zijn. Die eisen richten zich bijvoorbeeld op de mate van beschikbaarheid, integriteit en vertrouwelijkheid, maar ook gebruiksvriendelijkheid. Die eisen gelden zowel voor de uitwisseling van patiëntgegevens tussen professionals onderling als tussen professionals en patiënten.⁸¹

Meer informatie:

- [Gedragscode EGIZ Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg](#)

3.4.2 Gebruik van e-mail

Er bestaat geen wettelijke bepaling die het gebruik van e-mail bij het uitwisselen van medische gegevens tussen zorgverleners onderling reguleert. Daarom moet aansluiting worden gezocht bij meer algemeen geformuleerde regels over de omgang met medische gegevens. Deze komen erop neer dat de arts op een verantwoorde wijze met de medische gegevens van zijn patiënten moet omgaan. Deze regels gelden ook als de medische gegevens per e-mail worden verzonden.

Voordat een arts medische gegevens naar een andere zorgverlener mailt, moet duidelijk zijn dat de ontvanger deze gegevens mag ontvangen. Het beroepsgeheim van de arts verhindert immers in beginsel dat een arts medische gegevens aan derden verstrekt. De gegevensuitwisseling moet dus passen binnen de uitzonderingen die voor het beroepsgeheim gelden (zie hiervoor [paragraaf 1.4](#) en [1.5](#)).

⁸¹ Dit is de Nederlandse Technische Afspraak NTA7516 "Eisen voor veilige e-mail en chatapplicaties". Op internet: [Veilig mailen met NTA 7516 \(nen.nl\)](#) (laatst geraadpleegd op 9 december 2020).

Is vastgesteld dat de gegevens mogen worden verstrekt, dan blijft de vraag over of dat via e-mail kan. Bij verzending via e-mail bestaat het risico dat de gegevens bij onbevoegden terechtkomen. De arts moet daarom vooraf een risico-inschatting maken. Daarbij verdient het de voorkeur om de gegevens versleuteld te versturen. Hiermee wordt voorkomen dat onbevoegden toegang krijgen tot de gegevens. Om veilig te kunnen e-mailen zijn systemen beschikbaar zoals Zivver en ZorgMail.

Alledaagse e-mailsystemen zijn in het algemeen niet voldoende in staat om de vertrouwelijkheid van medische gegevens te borgen. Daarom is recent tegemoet gekomen aan de behoefte aan een handreiking voor veilig mailen in de zorg. De NEN norm NTA 7516 is in het voorjaar van 2019 gepubliceerd en biedt helderheid over de voorwaarden, waaronder e-mail wél veilig gebruikt kan worden. Het bevat een compleet overzicht van de organisatorische en technische maatregelen die genomen moeten worden als een zorgaanbieder via e-mail medische gegevens wil uitwisselen en zich wil houden aan de geldende wetgeving en richtlijnen van de AP.

3.4.3 Gebruik van WhatsApp en andere berichtendiensten

Artsen gebruiken soms WhatsApp of andere (vergelijkbare) berichtendiensten om foto's en berichten over patiënten naar collega's te sturen. Het gebruik van deze diensten kan soms nodig zijn in het zorgproces. Maar foto's en andere patiëntgegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim. Daarom moeten artsen zich realiseren dat zij bij het gebruik van WhatsApp of vergelijkbare applicaties de vertrouwelijkheid van patiëntgegevens moeten waarborgen. Dit is een onderdeel van de wettelijke verplichting en verantwoordelijkheid om patiëntgegevens effectief te beveiligen tegen kennisneming door onbevoegden.⁸² Niet alle berichtendiensten zijn even veilig. Het advies is dan ook om allereerst de mate van veiligheid van de berichtendienst te onderzoeken. Bijvoorbeeld door informatie te zoeken over de privacy- en informatiebeveiliging van de specifieke berichtendienst.

Kiest een arts ervoor om via WhatsApp een collega-arts te consulteren door een foto met een aandoening naar hem toe te sturen? Dan is dat niet verboden. Maar de vraag is of het wel veilig en vertrouwelijk is. Bij WhatsApp valt dat niet te garanderen. Zo mag een foto niet herleidbaar zijn naar een identificeerbare patiënt. Het versturen van een foto van een stuk huid, is toegestaan als de ontvanger niet weet en kan weten wie deze patiënt is. Het kan echter lastig zijn om een foto volledig te anonimiseren. Weliswaar kan de arts de foto anonimiseren, maar door de context kan een foto toch herleidbaar zijn. Daarnaast kunnen foto's voorzien zijn van metadata waaruit blijkt op welke locatie en op welk tijdstip de foto is gemaakt. Dit kan gaan tot aan het IP-adres van bijvoorbeeld de zorginstelling. Ook deze metadata kunnen leiden tot identificeerbaarheid van de patiënt. Dergelijke foto's zijn daarom soms niet zo anoniem als men zou denken. Bovendien kunnen foto's die via WhatsApp worden ontvangen, automatisch op de smartphone worden opgeslagen. Daardoor bestaat een risico op vermenging met privé fotoverzamelingen.

Al met al geldt wat de KNMG betreft: gebruik WhatsApp alleen als gegevens echt niet tot een patiënt herleidbaar zijn. In andere gevallen is het veiliger om andere communicatiemiddelen te gebruiken. Denk daarbij bijvoorbeeld aan messenger-apps die speciaal voor zorgprofessionals zijn ontwikkeld, zoals Siilo en Zorg Messenger.

⁸² Artikel 32 AVG.

De NTA 7516 is ook van toepassing op messenger apps en instantmessaging toepassingen zoals WhatsApp en Facebook Messenger.

3.4.4 Gebruik van social media

Voor het gebruik van social media geldt de [KNMG-handreiking Artsen en social media](#). Daarin wordt ook aandacht besteed aan de privacy bij de uitwisseling van gegevens die tot patiënten herleidbaar zijn. De handreiking gaat niet over de kwaliteit en betrouwbaarheid van specifieke social media diensten, maar biedt artsen handvatten om in individuele situaties een afweging te maken om al dan niet beroepsmatig gebruik te maken van social media.

3.5 Beeld- en geluidsopnamen

Beeld- en geluidsopnamen waarop een patiënt of patiëntgegevens zichtbaar of hoorbaar zijn, vallen onder het beroepsgeheim.

In de zorg worden op verschillende momenten en op verschillende plekken beeld- en geluidsopnamen gemaakt. Soms gebeurt dit in het kader van de zorgverlening aan patiënten. Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om opnamen van telefoongesprekken, opnamen van bewakingsapparatuur en opnamen in het kader van de behandeling. Voor deze opnamen gelden verschillende regels.

Wettelijke bepalingen

Wordt er voor de opnamen digitale apparatuur gebruikt, dan is er sprake van een 'verwerking' in de zin van de AVG en zijn de AVG-regels van toepassing. Dit geldt ook als de beelden niet actief worden vastgelegd, maar live kunnen worden bekeken. Ook kunnen andere wettelijke bepalingen van toepassing zijn, bijvoorbeeld uit de WGBO.⁸³ Op grond van die bepalingen moet de hulpverlener de behandeling buiten de waarneming van anderen verrichten. Als er opnamen worden gemaakt van de behandeling, is daarvan geen sprake. Dit mag daarom alleen met toestemming van de patiënt.

Beroepsgeheim

In het algemeen geldt dat opnamen waar gegevens op zichtbaar/hoorbaar zijn die tot een patiënt herleidbaar zijn, onder het beroepsgeheim vallen. Dit geldt bijvoorbeeld voor opnamen van telefoongesprekken, voor zover daarop hoorbaar is wie dat gesprek voeren en over wie het gesprek gaat. Datzelfde geldt voor opnamen van bewakingscamera's waarop te zien is wie de praktijk of de instelling betreedt.

Of en waarvoor de opnamen mogen worden gebruikt, hangt af van het vooraf gestelde doel. Als het doel primair de zorgverlening aan de patiënt is, dan mogen de opnamen niet voor een ander doel worden gebruikt, behalve als de betrokkene daarvoor toestemming geeft.

⁸³ In het bijzonder artikel 7:459 BW.

Specifieke regels

Er gelden specifieke regels voor verschillende situaties waarin opnamen worden gemaakt, zoals in het kader van de behandeling, voor onderwijsdoeleinden, voor radio en tv en voor toezicht. Die regels behandelen we in de volgende paragrafen.

3.5.1 Opnamen in het kader van de behandeling

In sommige gevallen worden opnamen gemaakt in het kader van de behandeling van een patiënt. Te denken valt aan opnamen die de voortgang van de behandeling van de patiënt in beeld brengen. Hierbij is het volgende van belang.

Ten eerste moet de arts vooraf bepalen wat er met de opname gebeurt. Zo hoeven sommige opnamen slechts eenmalig te worden gezien, waarna ze kunnen worden vernietigd. Andere opnamen daarentegen, zijn voor langere tijd relevant en moeten daarom in het medisch dossier worden bewaard. In het laatste geval zijn de bewaartermijn en de patiëntenrechten erop van toepassing, zoals het recht om de opname te zien en er een kopie van te krijgen.

Ten tweede mag een arts alleen opnamen in het kader van de behandeling (laten) maken, als hij daarvoor toestemming heeft van de patiënt. Daarbij moet hij de patiënt informeren over het doel van de opnamen en de bewaartermijn. Hij mag de opnamen niet voor een ander doel gebruiken dan waarvoor ze zijn gemaakt (behandeling van de patiënt). Daarnaast mag de arts de opnamen alleen aan anderen dan de patiënt verstrekken, als hij daarvoor toestemming heeft van die patiënt.

Vraagt de patiënt om een kopie van de opname? Dan heeft hij daar in principe recht op. Maar de arts mag dit verzoek afwijzen als de privacy van een andere persoon hierdoor wordt geschaad.

3.5.2 Opnamen in het kader van onderwijs

Soms worden opnamen gemaakt in het kader van onderwijs, bijvoorbeeld om de gesprekstechnieken van een student te beoordelen. Een dergelijke opname behoort niet tot het medisch dossier van een patiënt. Het doel van de opname is immers niet gelegen in de patiëntenzorg, maar in de opleiding van de arts.

Voor dergelijke opnamen moet de patiënt toestemming geven voordat de opname gemaakt wordt. Daarbij moet hij te horen krijgen wat het doel is van de opname, hoe lang de opname wordt bewaard en wie toegang tot de opname hebben. De opname moet vernietigd worden zodra deze in het kader van de opleiding is gebruikt. Gezien het doel van de opname en de beoogde vernietiging op korte termijn, kan de patiënt geen kopie of inzage krijgen.

3.5.3 Opnamen van telefoongesprekken

In sommige instellingen worden binnenkomende en uitgaande telefoongesprekken opgenomen. Het gaat dan bijvoorbeeld om telefoongesprekken tussen de patiënt en de telefonist, triagist of doktersassistent. Zo is het bijvoorbeeld gebruikelijk dat gesprekken met eerstehulpdiensten en huisartsenposten worden opgenomen.

Het hoofddoel van een telefoonopname is doorgaans om het gesprek terug te kunnen luisteren in het kader van de hulpverlening aan de patiënt. Bijvoorbeeld omdat het adres waar de zorg moet worden verleend, niet goed is verstaan. Maar de opnamen kunnen ook gebruikt worden bij incidenten of meningsverschillen, om op die manier het gebeurde te kunnen reconstrueren.

Gesprekken met patiënten

Er is geen wettelijke verplichting om telefoongesprekken op te nemen. Als gesprekken echter wel worden opgenomen, dan heeft de patiënt bepaalde rechten. Zo moet de patiënt, voordat het gesprek wordt opgenomen, op de hoogte worden gesteld van die opname en van het doel ervan. Vaak krijgen bellers daartoe een bandje te horen met de mededeling dat het telefoongesprek wordt opgenomen. Ook kunnen patiënten via een informatiefolder of een website worden geïnformeerd.

Verder worden er bij het opnemen van de telefoongesprekken persoonsgegevens vastgelegd. Daardoor vallen de opnamen onder de geheimhoudingsplicht en onder de overige privacyregels. Op grond daarvan heeft de patiënt het recht om de gesprekken terug te luisteren. Ook mag hij zo nodig een kopie van de opname opvragen. Dit mag ook een transcriptie van het gesprek zijn. Het recht om de opname te beluisteren en een kopie/transcriptie te krijgen, geldt alleen voor gesprekken tussen de patiënt en de instelling. Andere gesprekken mag de patiënt niet beluisteren.

Bewaartermijn

De arts of de instelling mag de opnamen zo lang bewaren als nodig is voor het doel van de opnamen. Daarna moeten de opnamen worden vernietigd. Er kunnen redenen zijn om opnamen van gesprekken langer te bewaren, bijvoorbeeld als een juridische procedure is ingezet en de opnamen als bewijs kunnen dienen. Als de opnamen langer bewaard worden, is het belangrijk om er rekening mee te houden dat de patiënt inzagerecht heeft.

Gesprekken tussen collega's

In sommige gevallen worden telefoongesprekken tussen collega's onderling opgenomen. Dit gebeurt bijvoorbeeld om de afstemming over een patiënt vast te leggen. Het opnemen van deze intercollegiale gesprekken mag alleen als dat noodzakelijk is voor een vooraf gesteld doel. Ook moeten de gespreksdeelnemers van de opname op de hoogte zijn. De gesprekken mogen alleen worden gebruikt voor het doel waarvoor ze zijn opgenomen en ze mogen niet langer worden bewaard dan voor dat doel noodzakelijk is. Wisselen de collega's in het gesprek persoonsgegevens uit, dan vallen deze onder het medisch beroepsgeheim.

In sommige gevallen moet de inhoud van het telefoongesprek in het medisch dossier van een patiënt worden opgenomen. De dossierplicht verplicht artsen immers om in het dossier alle gegevens op te nemen die voor een goede zorgverlening aan de patiënt relevant zijn (zie [paragraaf 2.2](#)). Daartoe kan de arts een kopie van de geluidsopname bewaren of een samenvatting van het gesprek maken en die in het dossier voegen. Deze dossierplicht brengt met zich mee dat de patiëntenrechten ten aanzien van het medisch dossier ook van toepassing zijn op de inhoud van het gesprek.

3.5.4 Opnamen voor radio, televisie of internet

Regelmatig worden in zorginstellingen, bijvoorbeeld in verloskamers, opnamen gemaakt van medische handelingen om deze later uit te zenden op radio, televisie of internet. Omdat media-producties over het algemeen niet gericht zijn op het directe belang van de patiënt, moeten artsen en instellingen zeer terughoudend zijn om hieraan mee te werken.

Artsen en zorginstellingen horen primair het gezondheidsbelang van de patiënt te dienen. Dit betekent dat patiënten erop moeten kunnen vertrouwen dat een zorginstelling of spreekkamer een plaats is waarbinnen hun veiligheid, lichamelijke integriteit en privacy altijd gewaarborgd zijn.

Soms kan het gerechtvaardigd zijn om toch mee te werken aan een mediaproductie waarbij opnamen gemaakt worden van patiënten. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als de arts en/of instelling van oordeel is dat de mediaproductie een relevant doel dient. Relevante doelen kunnen bijvoorbeeld zijn:

- educatie over en bijdragen aan begrip voor een bepaalde patiëntengroep of aandoening;
- wetenschapsvoorlichting;
- voorlichting over het werk van zorgverleners;
- profilering van de zorginstelling;
- bijdragen aan de maatschappelijke discussie over een medisch-ethisch onderwerp.

Bij het maken van mediaproducties moeten inbreuken op het welzijn en de privacy van de patiënt zo veel mogelijk worden vermeden. Als deze inbreuken onvermijdelijk zijn, moet gekozen worden voor een vorm en/of inhoud die deze inbreuken minimaliseren.

Toestemming vereist

Opnamen voor mediaproducties zijn alleen toegestaan met expliciete toestemming van de instelling, de patiënt en de hulpverleners die aanwezig zijn bij de opnamen. De patiënt, de hulpverleners en de instelling kunnen op elk moment hun toestemming intrekken. Het moet voor patiënten duidelijk zijn waarvoor ze toestemming geven en het is raadzaam om hen een bedenktijd te geven. Bij minderjarigen en patiënten die wilsonbekwaam zijn (zoals mensen met gevorderde dementie) moet de toestemming (mede) gevraagd worden aan de ouder(s), voogd(en) of wettelijk vertegenwoordiger.

Patiënten op de spoedeisende hulp (SEH) kunnen vooraf meestal geen rechtsgeldige toestemming voor een opname geven. Dat geldt ook voor patiënten die zich anderszins in een kwetsbare, spoedeisende situatie bevinden waarin geen bedenktijd bestaat. Om die reden is grote terughoudendheid geboden bij het filmen van patiënten in dergelijke situaties.

Afspraken vastleggen

Het is verstandig om voorafgaand aan de opname schriftelijk vast te leggen wat afgesproken is over de opname en de uitzending ervan. Zo kan bijvoorbeeld worden vastgelegd dat de patiënt, de instelling en de hulpverleners de mogelijkheid hebben om, voordat de opname wordt uitgezonden, bezwaar tegen de uitzending te maken.

3.5.5 Cameratoezicht

Onder bepaalde voorwaarden mogen instellingen camera's ophangen in het kader van de beveiliging van de instelling. Het doel van de opnamen met deze camera's is preventie en controle, om zo te zorgen voor veilige zorg. De gemaakte opnamen vallen niet onder het medisch dossier van een patiënt. Het doel is immers niet patiëntenzorg.

Privacyvoorwaarden

Een zorginstelling, zoals een ziekenhuis of verpleeghuis, mag bewakingscamera's ophangen om patiënten, bezoekers, personeel en eigendommen te beschermen. Maar vanwege de privacy van deze mensen mag dat alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:⁸⁴

- De zorginstelling moet een gerechtvaardigd belang hebben bij het cameratoezicht, zoals de bescherming van eigendommen en patiënten, bezoekers en personeel.
- Het cameratoezicht moet noodzakelijk zijn; het mag alleen als het doel niet op een minder ingrijpende wijze kan worden bereikt.
- De zorginstelling moet eerst een privacytoets uitvoeren. Dit betekent dat de instelling de belangen van de patiënten, bezoekers en personeel moet afwegen tegen het eigen belang van cameratoezicht.
- De inbreuk op de privacy moet zo klein mogelijk zijn. Dit betekent dat een camera in een behandelruimte of toilet te ver gaat, omdat mensen dan ontkleed in beeld kunnen komen.
- De patiënten, bezoekers en medewerkers van de instelling moeten gewezen worden op het cameratoezicht en het doel daarvan. Dit kan bijvoorbeeld door de camera's goed zichtbaar te bevestigen en bordjes op te hangen waarop het cameratoezicht wordt aangekondigd.
- De zorginstelling mag de camerabeelden niet langer bewaren dan noodzakelijk is. De richtlijn hiervoor is maximaal vier weken. Maar als er een incident is vastgelegd, zoals diefstal, dan mag de zorginstelling de betreffende beelden bewaren totdat dit incident is afgehandeld.

⁸⁴ Zie: <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/cameratoezicht/cameratoezicht-een-zorginstelling>

Heimelijk cameratoezicht

Het is in beginsel niet toegestaan om opnamen van mensen te maken zonder dat dit bij deze mensen bekend is (of kan zijn). Dit mag alleen als er gegronde redenen zijn om aan te nemen dat er sprake is van ernstig onrechtmatig handelen. De opnamen mogen dan alleen worden gemaakt met een specifiek doel dat strikt is omschreven. Voor zorginstellingen die dit willen doen, gelden de volgende voorwaarden:

- Het heimelijk cameratoezicht moet noodzakelijk zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval als het de zorginstelling met andere, minder ingrijpende maatregelen niet is gelukt om een eind te maken aan diefstal of fraude.
- Het gebruik van de verborgen camera moet tijdelijk zijn.
- De inbreuk op de privacy van patiënten, bezoekers en werknemers moet zo klein mogelijk zijn. Dit betekent dat een camera in een toilet of behandelruimte te ver gaat, omdat mensen dan ontkleed in beeld kunnen komen.
- De zorginstelling heeft de werknemers er vooraf op gewezen dat verborgen camera's in bepaalde situaties (bij diefstal of fraude) mogelijk zijn. Dat staat bijvoorbeeld in het personeelsreglement of in een reglement cameratoezicht.
- De zorginstelling informeert de betrokken werknemers achteraf over het gebruik van de verborgen camera.
- De zorginstelling heeft vooraf een data protection impact assessment (DPIA) uitgevoerd om de privacyrisico's in kaart te brengen.
- De zorginstelling heeft zo nodig vóór de start van het cameratoezicht overleg gevoerd met de AP. Dit overleg is verplicht als uit de DPIA is gebleken dat heimelijk cameratoezicht een hoog privacyrisico oplevert en de instelling dit risico niet kan beperken.⁸⁵
- De zorginstelling mag de camerabeelden niet langer bewaren dan noodzakelijk is voor het doel van de opnamen. Doorgaans betekent dit dat de opnamen maximaal vier weken bewaard mogen worden. Een verlenging is mogelijk als de opnamen, bijvoorbeeld als bewijsmateriaal, langer nodig zijn.

3.5.6 Patiënt maakt opnamen

Het komt regelmatig voor dat patiënten of familieleden vóór, tijdens of na een medische behandeling beeld- of geluidsopnamen (willen) maken. Bijvoorbeeld om een gesprek met een arts later nog eens terug te kunnen luisteren. Patiënten mogen zo'n gesprek opnemen voor privégebruik. Het is een kwestie van fatsoen dat zij hun arts vooraf inlichten over deze geluidsopname, maar dit is niet wettelijk verplicht. De patiënt mag de opname niet zonder toestemming van de arts openbaar maken via bijvoorbeeld internet of sociale media.

Voor meer informatie over het opnemen van gesprekken door patiënten, verwijzen we naar de KNMG-handreiking Opnemen van gesprekken door patiënten.

⁸⁵ Zie: <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/cameratoezicht/cameratoezicht-een-zorginstelling>

3.6 Persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO)

De laatste jaren is de PGO in opkomst. Dit is een website of app waarbinnen een patiënt (of burger in het algemeen) informatie over zijn eigen gezondheid kan opslaan en beheren. Als het gaat om de gegevensuitwisseling via PGO's hebben artsen bepaalde verantwoordelijkheden.

3.6.1 Wat is een PGO?

Het idee achter een PGO is dat een patiënt (of burger) regie krijgt over zijn eigen gezondheidsgegevens en zelf bepaalt welke gegevens hij in een PGO verzamelt en met wie hij deze gegevens deelt. Dit kunnen gegevens zijn die hij zelf heeft gemeten, of die hij heeft overgenomen uit zijn patiëntendossier. Voorbeelden zijn hartslagmetingen, glucosewaarden en labuitslagen. Iedereen kan (kosteloos) gebruikmaken van een PGO en kan zelf een PGO kiezen.

Op dit moment zijn PGO's nog volop in ontwikkeling. Hierdoor is het nog niet standaard mogelijk om medische gegevens die afkomstig zijn van bijvoorbeeld een huisarts of een specialist in het ziekenhuis, direct te koppelen aan een PGO. Meer informatie over PGO's en de bijbehorende verantwoordelijkheid van patiënten is te vinden op de [website](#) van de Patiëntenfederatie.

3.6.2 Verschil tussen PGO en andere informatiesystemen

Een PGO is een digitale omgeving die door de patiënt (burger) zelf wordt beheerd. Daarmee onderscheidt de PGO zich van informatiesystemen (XIS-sen) die zorgaanbieders gebruiken om medische informatie van patiënten te verwerken. Denk aan het EPD en het HIS. Deze systemen worden door zorgaanbieders beheerd.

Een ander systeem is het LSP. Hierbinnen stellen huisartsen en apothekers gegevens over hun patiënten beschikbaar aan andere zorgverleners. Patiënten moeten daar vooraf toestemming voor verlenen. Dat kan bijvoorbeeld via de website [Volgjezorg.nl](#). In de Persoonlijke omgeving op [Volgjezorg.nl](#) kunnen patiënten zien aan welke zorgaanbieders zij toestemming hebben gegeven om hun gegevens te delen met anderen. Ook kunnen zij daar zien welke zorgaanbieders hun gegevens hebben geraadpleegd.⁸⁶

Tot slot kennen we patiëntenportalen van bijvoorbeeld ziekenhuizen of huisartsen. Daarin kunnen patiënten gezondheidsgegevens inzien die de beheerder (het ziekenhuis of de huisarts) in het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS) of het HIS heeft geplaatst. In de praktijk kan dit betekenen dat een patiënt zijn gezondheidsgegevens uit verschillende patiëntenportalen moet halen, omdat hij bekend is bij meerdere instellingen.

⁸⁶ Bron: <https://www.volgjezorg.nl/veelgestelde-vragen/over-persoonlijke-omgeving>. Met de Persoonlijke omgeving op [Volgjezorg.nl](#) wordt geen PGO bedoeld.

3.6.3 Gegevensuitwisseling

Stichting MedMij heeft voorwaarden opgesteld waaraan veilige en betrouwbare online gegevensuitwisseling moet voldoen. Deze voorwaarden gelden zowel voor PGO's als voor informatiesystemen van zorgaanbieders. Systemen die aantoonbaar aan de voorwaarden voldoen, mogen het MedMij-label gebruiken. Er zijn inmiddels meerdere PGO's die over een MedMij-label beschikken en waarvan patiënten gebruik kunnen maken.⁸⁷

Op dit moment is het nog niet standaard mogelijk om medische gegevens van zorgverleners in een PGO in te zien. Dit komt doordat de informatiesystemen van zorgaanbieders meestal nog niet zijn gekoppeld aan PGO's. Daardoor zijn de rol en verantwoordelijkheden van artsen bij PGO's nog beperkt. Dit zal in de toekomst veranderen als er meer koppelingen mogelijk zijn.

Als een patiënt gegevens die hij in zijn PGO heeft verzameld, wil delen met zijn zorgverlener, bepaalt een arts zelf welke gegevens hij wel of niet opneemt in het medisch dossier van de patiënt. Een arts is niet verplicht om gegevens die een patiënt via een PGO met hem deelt, te gebruiken.

Als een patiënt via een PGO met een MedMij-label gegevens uitwisselt met een arts, worden ook metadata meegestuurd zoals de tijdsaanduiding ('timestamp') en de herkomst van de gegevens. Hieraan kan een arts zien om welk soort informatie het gaat, bijvoorbeeld gegevens uit een medisch dossier of zelfgemeten gegevens. Daardoor kan de arts bijvoorbeeld de betrouwbaarheid van die gegevens beoordelen.

Patiënten hebben er sinds 1 juli 2020 recht op om kosteloos elektronisch inzage te krijgen in hun medisch dossier, of hier een elektronisch afschrift van te krijgen.⁸⁸ Een manier om patiënten deze elektronische inzage te geven is via een patiëntenportaal of een PGO. Op dit moment is dit via een PGO nog niet standaard mogelijk. Wel worden er pilots uitgevoerd, onder andere bij huisartsenpraktijken, om ervaring op te doen met het uitwisselen van informatie via een PGO.⁸⁹

Beheer en toegang PGO

Een patiënt is eigenaar van zijn PGO en zelf verantwoordelijk voor het beheer van de gegevens die hierin staan. Dit houdt in dat de medische gegevens die een patiënt bijvoorbeeld van een arts ontvangt en in zijn PGO opslaat, onderdeel uitmaken van zijn persoonlijk dossier. De arts is niet verantwoordelijk voor de gegevens die een patiënt in zijn PGO heeft opgeslagen.

Een PGO is in beginsel alleen toegankelijk voor de patiënt zelf (of diens vertegenwoordiger). Wel is het straks mogelijk dat een patiënt iemand, bijvoorbeeld een naaste, machtigt om informatie in zijn PGO aan te vullen of te lezen.

⁸⁷ Zie: <https://www.medmij.nl/overzicht-medmij-deelnemers/>

⁸⁸ Artikel 15d Wabvpz.

⁸⁹ Op verschillende plekken in Nederland worden nu testen uitgevoerd met het veilig uitwisselen van gegevens naar een PGO. Dit gebeurt bij apothekers, huisartsen en in de ggz. Als de testen goed uitpakken, is het vanaf 2021 bijvoorbeeld mogelijk om gegevens van een huisarts in een PGO te verzamelen. Zie <https://open-eerstelijns.nl/faq/voldoe-ik-met-een-patientenportaal-en-of-pgo-aan-open/>

Hoofdstuk 4

Informatieverstrekking in kader van vertegenwoordiging, overlijden, letselschade en levensverzekeringen

Behandelend artsen krijgen regelmatig het verzoek om informatie te verstrekken aan derden, zoals vertegenwoordigers, nabestaanden en particuliere verzekeraars. Het gaat dan vaak om informatie uit het medisch dossier van een patiënt. Daarin staat immers veel informatie die ook voor anderen dan de patiënt relevant kan zijn.

Voor het verstrekken van deze informatie aan derden gelden regels. De algemene uitgangspunten voor informatieverstrekking zijn in [paragraaf 1.6](#) aan de orde gekomen. In dit hoofdstuk behandelen we enkele specifieke situaties.

4.1 Informatieverstrekking aan vertegenwoordigers van minderjarigen en wilsonbekwamen

Minderjarige patiënten en wilsonbekwame patiënten worden vertegenwoordigd door een andere persoon, bijvoorbeeld hun ouder(s), een voogd of een mentor. Bij de regeling voor vertegenwoordiging maakt de wet onderscheid tussen:

- minderjarigen tot 12 jaar;
- minderjarigen van 12 tot 16 jaar;
- minderjarigen van 16 en 17 jaar;
- wilsonbekwame minderjarigen;
- wilsonbekwame meerderjarigen.

Daarnaast geldt er een speciale regeling voor vertegenwoordigers die inzage willen in het medisch dossier van een overleden patiënt onder de 16 jaar. Zie hiervoor [paragraaf 7.1 en 7.2 van de KNMG-handreiking Inzage in medische dossiers door nabestaanden](#).

In deze paragraaf worden de algemene regels over informatieverstrekking aan vertegenwoordigers van minderjarige en wilsonbekwamen besproken. Voor uitgebreide informatie verwijzen we naar de [KNMG-wegwijzer Toestemming en informatie bij behandeling van minderjarigen](#).

Meer informatie:

[KNMG-wegwijzer Toestemming en informatie bij behandeling van minderjarigen](#)
(hoofdstuk 5)

4.1.1 Vertegenwoordigers van minderjarigen tot 12 jaar

De arts moet de ouder(s) of voogd(en) die met het gezag zijn belast van een minderjarige tot 12 jaar in beginsel alle informatie over de behandeling van het kind verstrekken.

Ouder(s) of voogd(en) die met het gezag zijn belast van een minderjarige tot 12 jaar hebben ook een recht op inzage in en een afschrift van het medisch dossier van kind.

De arts moet de minderjarige ook zelf informeren over de behandeling en wel zo dat het kind het kan bevatten.⁹⁰

Uitzondering

Als de arts, in bijzondere omstandigheden, de overtuiging heeft dat hij door (bepaalde) informatie uit het dossier van de minderjarige te verstrekken niet de zorg van een goed hulpverlener verleent, kan de arts besluiten om de gezagdragende ouder(s) of voogd geen informatie te verstrekken.⁹¹

4.1.2 Vertegenwoordigers van minderjarigen van 12 tot 16 jaar

De arts moet de ouder(s) of voogd(en) die met het gezag zijn belast over een minderjarige van 12 tot 16 jaar informatie verstrekken, voor zover die informatie relevant is voor het geven van toestemming voor een behandeling van het kind.

Voor het verstrekken van overige informatie aan de gezagdragende ouder(s) of voogd(en) heeft de arts toestemming nodig van het kind.

Uitzondering

Een arts mag op grond van goed hulpverlenerschap afzien van het verstrekken van informatie aan de ouder(s) of voogd(en), ook als die informatie nodig is om (mede) toestemming te geven voor een behandeling.⁹²

⁹⁰ Artikel 7:448 lid 1 BW.

⁹¹ Artikel 7:457 lid 3 BW.

⁹² Artikel 7:457 lid 3 BW, artikel 7:450 lid 2 BW.

4.1.3 Vertegenwoordigers van minderjarigen van 16 en 17 jaar

De arts mag de gezagdragende ouder(s) of voogd(en) van een minderjarige van 16 of 17 jaar geen medische informatie over hem geven, tenzij hij hiervoor toestemming heeft gegeven.

Een 16- of 17-jarige moet op dezelfde wijze behandeld worden als een meerderjarige. Zij mogen zonder tussenkomst van de gezagdragende ouder(s) of voogd(en) een rechtsgeldige behandelingsovereenkomst aangaan. Ook oefent een minderjarige van 16 of 17 jaar alle patiëntenrechten zelfstandig uit.

4.1.4 Vertegenwoordigers van wilsonbekwame minderjarigen (0-18 jaar)

De arts moet ouder(s) of voogd(en) die met het gezag zijn belast over een wilsonbekwame minderjarige (0-18 jaar) in beginsel alle informatie over de behandeling van het kind verstrekken.

Ouder(s) of voogd(en) die met het gezag zijn belast van een wilsonbekwame minderjarige oefenen de patiëntenrechten namens de minderjarige uit. Ze hebben recht op alle informatie over de behandeling van het kind, inclusief recht op inzage in en een afschrift van het medisch dossier van het kind.

De arts moet een wilsonbekwame minderjarige, voor zover dat mogelijk is, wel inlichten over voorgenomen verrichtingen. Dit moet hij doen op een manier die voor de minderjarige begrijpelijk is.

Uitzondering

Als de arts, in bijzondere omstandigheden, de overtuiging heeft dat hij door (bepaalde) informatie uit het dossier van de minderjarige te verstrekken niet de zorg van een goed hulpverlener verleent, kan de arts besluiten om de gezagdragende ouder(s) of voogd(en) geen informatie te verstrekken.⁹³ Een beroep op deze uitzondering is bijvoorbeeld mogelijk als het verstrekken van bepaalde informatie risico's oplevert voor de veiligheid of ontwikkeling van het kind. Dit kan het geval zijn als er vermoedens zijn van kindermishandeling.

⁹³ Artikel 7:457 lid 3 BW.

4.1.5 Informatie aan ouders na echtscheiding

In geval van echtscheiding is het raadzaam dat de arts bij de ouders navraagt wie het gezag heeft over het kind en afspraken maakt over het geven van toestemming voor behandeling van het kind.

Na een echtscheiding houden meestal beide ouders het ouderlijk gezag. Beiden blijven dan vertegenwoordiger. Dat betekent dat als er op grond van de wet toestemming van de ouders nodig is voor de behandeling van een kind (dat is het geval bij kinderen tot 16 jaar), beide ouders die toestemming moeten geven. Ouders die gezamenlijk gezag hebben, moeten over die toestemming met elkaar overleggen, ook na een scheiding.

4.1.6 Vertegenwoordigers van wilsonbekwame meerderjarigen

De arts mag een vertegenwoordiger van een wilsonbekwame meerderjarige relevante medische informatie uit het medisch dossier van de wilsonbekwame meerderjarige verstrekken.

Als een meerderjarige niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, kan een ander namens hem optreden als vertegenwoordiger.⁹⁴ Een vertegenwoordiger is een persoon die beslissingen neemt namens een wilsonbekwame patiënt. Daarbij dient hij in het belang van de patiënt te handelen en de patiënt zo veel mogelijk bij zijn taakvervulling te betrekken.⁹⁵ De WGBO hanteert een rangorde om te bepalen wie als vertegenwoordiger aangemerkt mag worden:⁹⁶

1. een curator of mentor (door de rechter benoemd);
2. een schriftelijk gemachtigde;
3. een echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel van de patiënt;
4. een ouder, kind, broer, zus, grootouder of kleinkind van de patiënt.

Als er geen curator of mentor is benoemd, worden de belangen van de wilsonbekwame meerderjarige behartigd door de schriftelijk gemachtigde. Dit is de persoon die de patiënt, toen hij nog wilsbekwaam was, gemachtigd heeft om als vertegenwoordiger op te treden. Ontbreekt ook deze schriftelijk gemachtigde, dan treden de echtgenoot, geregistreerd partner of levensgezel namens de patiënt op. Ontbreken deze ook, dan treden de ouder(s), kind(eren), broer, zus, grootouder of kleinkind op als vertegenwoordiger. Komen er meerdere personen binnen dezelfde groep in aanmerking, dan moeten zij een persoon uit hun midden kiezen. Komen zij er onderling niet uit, dan wijst uiteindelijk de arts de vertegenwoordiger aan.

⁹⁴ Het is mogelijk dat op de zorgverlening aan een wilsonbekwame cliënt ook bijzondere regelgeving zoals de Wvvgz of de Wzd van toepassing is. Zie voor meer informatie over de Wvvgz en de Wzd Hoofdstuk 6.

⁹⁵ Artikel 7:465 lid 5 BW.

⁹⁶ Artikel 7:465 lid 2 en 3 BW.

Om zijn taak als vertegenwoordiger goed te kunnen uitvoeren, heeft de vertegenwoordiger recht op informatie en inzage in en afschrift van het medisch dossier. Dit recht strekt niet verder dan die informatie die de vertegenwoordiger geacht kan worden nodig te hebben voor een goede vervulling van zijn taak. De arts kan bovendien afzien van het verstrekken van informatie aan de vertegenwoordiger als dit in strijd zou komen met het goed hulpverlenerschap. Dat mag alleen in uitzonderingsgevallen, zoals wanneer de patiënt uitdrukkelijk bezwaar heeft gemaakt toen hij nog wilsbekwaam was dat bepaalde informatie aan de vertegenwoordiger zou worden verstrekt en de arts meent die wens te kunnen en moeten respecteren.

De vertegenwoordiger zal in de regel ook toestemming moeten geven voor informatieverstrekking aan derden.

Bij het aanstellen van een mentor of een curator kan de rechter een medische verklaring van wils-onbekwaamheid van de patiënt verzoeken. Deze verklaring moet door een onafhankelijk arts worden afgegeven conform de richtlijn omtrent geneeskundige verklaringen. Zie daarvoor ook [paragraaf 7.8](#).

4.2 Informatieverstrekking na overlijden patiënt

De geheimhoudingsplicht van de arts blijft ook na het overlijden van de patiënt gelden en kan alleen in bepaalde situaties worden doorbroken.

4.2.1 Informatieverstrekking aan nabestaanden

Sinds 1 januari 2020 is in de WGBO vastgelegd dat nabestaanden inzage kunnen krijgen in het dossier van een overleden patiënt:

- als de patiënt bij leven hiervoor toestemming heeft gegeven;
- als de nabestaanden een mededeling van een incident hebben ontvangen; of
- als er sprake is van een zwaarwegend belang.

Voor ouders of voogden van kinderen die op het moment van overlijden nog geen zestien jaar waren, geldt een bijzondere regeling voor de inzage in het medisch dossier.

Meer informatie:

[KNMG-handreiking Inzage in medische dossiers door nabestaanden](#)

4.2.2 Inzage in obductierapport

Als een persoon is overleden, is het in een aantal gevallen mogelijk om een medische obductie (sectie, autopsie) van het lichaam te doen. Meestal is het doel daarvan om de doodsoorzaak vast te stellen. Nabestaanden moeten toestemming voor een obductie geven. Het kan zijn dat nabestaanden naar het obductierapport vragen omdat zij behoefte hebben aan informatie over het overlijden. De informatie in het obductierapport valt onder het medisch beroepsgeheim.

De KNMG adviseert om de uitkomsten van een obductie op hoofdlijnen met de nabestaanden te bespreken. Daarbij moet de arts extra voorzichtigheid betrachten als het gaat om zeer privacygevoelige gegevens van de patiënt. Ook moet hij terughoudend zijn in het geven van inzage in het obductierapport of het verstrekken van een afschrift hiervan. Dit kan hij in sommige gevallen doen met een beroep op een zwaarwegend belang of een conflict van plichten. Bijvoorbeeld als uit de obductie informatie voortvloeit, die van direct belang is voor de gezondheid van de nabestaanden.

Heeft een patiënt uitdrukkelijk in zijn dossier vastgelegd dat hij niet wil dat zijn nabestaanden zijn dossier inzien? Dan mag de arts de gegevens uit het obductierapport ook niet laten inzien.

Meer informatie:

[KNMG-handreiking Inzage in medische dossiers door nabestaanden \(paragraaf 6.2.7\)](#)

4.2.3 Informatieverstrekking bij een conflict van plichten

De arts mag gegevens over een overledene verstrekken als er sprake is van een 'conflict van plichten' (zie daarvoor [paragraaf 1.5.4](#)). Te denken valt aan situaties waarin derden schade zouden ondervinden als de arts zijn beroepsgeheim zou handhaven. In dergelijke gevallen moet de arts een afweging van de belangen maken voordat hij besluit om al dan niet de gegevens te verstrekken. Daarbij moet duidelijk zijn dat het probleem (het conflict) niet op een minder ingrijpende manier kan worden opgelost dan door het doorbreken van het beroepsgeheim. Persoonlijke belangen van derden, zoals financiële en emotionele belangen (rouwverwerking), zijn in het algemeen onvoldoende zwaarwegend om een beroep op een conflict van plichten te rechtvaardigen.

Wordt een arts achteraf ter verantwoording geroepen voor het schenden van zijn beroepsgeheim, dan kan hij zich beroepen op overmacht. Het verdient aanbeveling om in het medisch dossier van de patiënt melding te maken van de belangenafweging en van de motieven die daaraan ten grondslag hebben gelegen.

4.2.4 Informatieverstrekking vanwege wettelijke plicht

Als een wet daartoe verplicht, mag een arts medische gegevens van een overleden patiënt aan een derde verstrekken. In dit verband is de Wet op de lijkbezorging (Wlb) van belang. Deze wet bepaalt dat de behandelend arts bij een natuurlijk overlijden van een patiënt een verklaring van overlijden afgeeft. Die verklaring bevat geen medische gegevens. De arts verstrekt – via een apart formulier – wel medische informatie over de overledene ten behoeve van de statistiek.

De arts moet de gemeentelijke lijkschouwer inschakelen als het gaat om een niet-natuurlijke dood of twijfel daaraan. Volgens de Wlb is de behandelend arts niet verplicht om gegevens over zijn patiënt aan de gemeentelijk lijkschouwer te verstrekken. Uit de aard van de wettelijke regeling vloeit voort dat de behandelend arts alleen medische gegevens verstrekt die voor de schouw van de gemeentelijk lijkschouwer relevant zijn.

De gemeentelijk lijkschouwer verricht zijn onderzoek naar de doodsoorzaak ten behoeve van justitie. De lijkschouwer geeft de officier van justitie (OvJ) daarom openheid over de doodsoorzaak. Als de OvJ vragen heeft over de doodsoorzaak, kan hij zich richten tot de gemeentelijk lijkschouwer. De behandelend arts heeft een beroepsgeheim tegenover de OvJ.

Is het overlijden het gevolg van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding? Dan moet de arts dit aan de gemeentelijk lijkschouwer melden door een modelformulier in te vullen. Bij dit formulier voegt de arts een beredeneerd verslag, waarin hij aangeeft of de zorgvuldigheidseisen in acht zijn genomen. Voor deze informatieverstrekking is geen toestemming van de patiënt vereist.

Meer informatie:

[Handreiking \(Niet-\)natuurlijke dood \(IGJ, FMG, KNMG, OM\)](#)

4.2.5 Informatieverstrekking bij een (vermoeden van een) incident

Recht op inzage na een incident

In de Wkkgz is bepaald dat als er een incident in de zorgverlening heeft plaatsgevonden en de patiënt is overleden, de zorgaanbieder aan de nabestaande(n) of voormalige vertegenwoordiger van de patiënt meldt wat de aard en de toedracht van het incident is geweest. Tevens moet van de aard en toedracht een aantekening in het dossier worden gemaakt, alsmede het tijdstip en de namen van betrokkenen bij het incident. De nabestaande(n) (op grond van Wkkgz) of de voormalige vertegenwoordiger van de patiënt (op grond van Wgbo) die een mededeling over een incident krijgt, heeft recht op gegevens uit het dossier over het incident.

Heeft een nabestaande of voormalig vertegenwoordiger een mededeling over een incident ontvangen? Dan moet de arts desgevraagd aan hen inzage geven in of een afschrift verstrekken van de gegevens uit het medisch dossier van de overleden patiënt die op dat incident betrekking hebben. De arts mag geen inzage in of afschrift van deze gegevens verstrekken als in het dossier is vastgelegd dat de patiënt dit niet wil.

Vermoeden van een medische fout

Wanneer de nabestaande(n) of voormalig vertegenwoordiger geen mededeling heeft gekregen, maar vermoedt dat een medische fout heeft plaatsgevonden, kan hij om inzage vragen met een beroep op een zwaarwegend belang.

Er is sprake van een medische fout als een medische behandeling, door onjuist menselijk handelen, onzorgvuldig is uitgevoerd waardoor de patiënt letselschade heeft opgelopen of zelfs is overleden. Bij een vermoeden van een medische fout kan 'een ieder' met een zwaarwegend persoonlijk belang vragen om inzage van die gegevens. Om inzage te krijgen moet een aanvrager aannemelijk maken:

- dat er daadwerkelijk sprake is van een zwaarwegend belang;
- dat dit belang mogelijk wordt geschaad door de geheimhouding van het medisch dossier;
- dat het noodzakelijk is om inzage te krijgen in het medisch dossier om dat zwaarwegend belang te kunnen behartigen.

Daarnaast moet hij, aan de hand van voldoende concrete aanwijzingen, ook aannemelijk maken dat er mogelijk sprake is van verwijtbaar onjuist handelen door de hulpverlener. De aanvrager hoeft niet aan te tonen dat er daadwerkelijk sprake is van een medische fout. De arts mag alleen de gegevens uit het dossier verstrekken die betrekking hebben op de vermeende medische fout. De arts mag geen gegevens verstrekken als in het dossier is vastgelegd dat de patiënt dit niet wil.

Een arts kan besluiten geen gegevens te verstrekken aan de aanvrager als ze van mening verschillen over de vraag of sprake is van (een vermoeden van) een incident of medische fout. In zo'n situatie kan de aanvrager een onafhankelijk arts aanwijzen om te oordelen de vraag of de weigering om inzage te verlenen gerechtvaardigd is. De arts dient de relevante gegevens te verstrekken aan deze onafhankelijke arts. Indien de onafhankelijke arts oordeelt dat het niet verstrekken van inzage niet gerechtvaardigd is, dan dient de arts de gegevens alsnog te verstrekken aan de aanvrager. Oordeelt de onafhankelijke arts dat de gegevens niet verstrekt hoeven te worden, dan kan de aanvrager eventueel de rechter nog om een oordeel vragen. Het oordeel van de onafhankelijk arts is bindend als de weigering in zijn ogen onterecht is, maar niet bindend als de weigering in zijn ogen gerechtvaardigd is.

Meer informatie:

[KNMG-handreiking Inzage in medische dossiers door nabestaanden](#)
(hoofdstuk 5 en paragraaf 6.2.3)

4.3 Informatieverstrekking in het kader van letselschade

Als een patiënt bijvoorbeeld betrokken is bij een ongeval of een incident in de zorg en daarbij letsel oploopt, dan kan hij in sommige gevallen de geleden schade verhalen op de persoon die voor het ongeval letsel heeft veroorzaakt. Behandelend artsen ontvangen regelmatig verzoeken om medische gegevens te verstrekken voor dergelijke letselschadeclaims. Soms doet een patiënt in zo'n situatie een beroep op een particuliere ongevallen- of arbeidsongeschiktheidsverzekering. In dat geval kan de verzekeraar de behandelend arts verzoeken om medische informatie te verstrekken die voor de afwikkeling van de claim relevant is.

Bij de afhandeling van dergelijke verzoeken is het van belang om onderscheid te maken tussen verzoeken die afkomstig zijn van een belangenbehartiger van de patiënt en verzoeken die afkomstig zijn van een (medisch adviseur van een) verzekeraar. Voor de algemene vereisten bij het verstrekken van medische gegevens op verzoek van derden, zie [paragraaf 1.6](#).

4.3.1 Verzoeken om medische informatie van een belangenbehartiger van de patiënt

Als een advocaat die de belangen van een patiënt behartigt, om inzage in of een afschrift (van een relevant deel) van het medisch dossier van de patiënt vraagt, moet de arts dit verzoek in beginsel honoreren.

Een patiënt kan een advocaat of rechtsbijstandverlener inschakelen om zijn belangen te behartigen. Als vertegenwoordiger van de patiënt heeft de advocaat recht op inzage in, en een afschrift van het medisch dossier. Hij mag rechtstreeks, net als de patiënt zelf, medische informatie bij een behandelend arts opvragen.⁹⁷ De patiënt hoeft daarvoor geen aparte toestemming te geven aan de advocaat of een volmacht te ondertekenen. Daarin verschilt een advocaat van andere belangenbehartigers.

Tegelijkertijd geldt voor het inzagerecht en het recht op afschrift voor de advocaat dezelfde beperkingen als voor de patiënt. Dit betekent dat de arts inzage mag weigeren als dat noodzakelijk is om de privacy van een andere persoon te beschermen.

Bij de juridische beoordeling van letselschadeclaims gaat het veelal om de vraag of, en zo ja in welke mate, medische klachten het gevolg zijn van het ongeval (het zogenoemde causaal verband). Omdat de patiënt mogelijk al eerder bepaalde klachten had, kan vaak niet volstaan worden met gerichte vraagstelling. Voor een goede beoordeling van een letselschadeclaim is het soms onvermijdelijk dat de advocaat of medisch adviseur inzage krijgt in het volledige medisch dossier van de patiënt over een bepaalde periode. Dit kan er echter toe leiden dat irrelevante gegevens uit het dossier een rol gaan spelen in de procedure. Daarom mag de behandelend arts aan wie een afschrift van een heel medisch dossier wordt gevraagd de advocaat of medisch adviseur vragen om een dergelijk verzoek toe te lichten.

⁹⁷ Zie ook [Praktijkdilemma: Mag ik gegevens uit een medisch dossier verstrekken aan de advocaat van een patiënt?](#)

Als een advocaat verzoekt om een oordeel of een prognose over de patiënt, is het niet de taak van de behandelend arts om hierop te reageren (zie [paragraaf 7.8](#)). Voor de beantwoording van deze vragen zal de advocaat een eigen medisch adviseur moeten inschakelen.

Heeft de behandelend arts twijfels over de verstrekking van de gevraagde informatie? Dan is het verstandig dat hij afstemming zoekt met de patiënt. Als deze volhoudt dat de informatie verstrekt mag worden, maar de arts blijft twijfelen, dan kan de arts besluiten om hem een afschrift te verstrekken van zijn medisch dossier. Hierdoor kan de patiënt zelf bekijken welke informatie de arts wel of niet kan verstrekken.

Het is niet noodzakelijk dat de advocaat een medisch adviseur aanwijst als tussenpersoon. Wel vereist de interpretatie van medische gegevens voor juridische doeleinden een specifieke deskundigheid. Daarom heeft het uitdrukkelijk de voorkeur van de KNMG dat de medische gegevens worden geïnterpreteerd door een medisch adviseur die arts is. Deze medisch adviseur kan dan op basis van de verstrekte informatie tot een zo objectief mogelijk advies komen. De adviseur mag de medische informatie die hij heeft opgevraagd of in zijn bezit heeft, niet verder verspreiden zonder voorafgaande toestemming van de patiënt.

De KNMG adviseert om de gang van zaken rondom het opvragen van (gegevens uit) het medisch dossier in het dossier vast te leggen.

4.3.2 Verzoeken om medische informatie van de private verzekeraar van de patiënt

Verzoeken om medische informatie door een ongevalverzekeraar, particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeraar of andere private verzekeraar moeten ingediend worden door de medisch adviseur (arts) van die verzekeraar.

Als een private verzekeraar medische gegevens wil opvragen, verwerken of opslaan, moet hij dit laten doen door, of in ieder geval onder verantwoordelijkheid van, een medisch adviseur.⁹⁸ De behandelend arts moet de medische gegevens dan ook naar de medisch adviseur toesturen.

Anders dan bij belangenbehartigers, lopen de belangen van de patiënt en de verzekeraar niet in alle gevallen parallel. Dit laat onverlet dat de medisch adviseur van een verzekeraar zich objectief en onafhankelijk moet opstellen, juist waar het gaat om het opvragen van patiëntgegevens. De medisch adviseur zal doorgaans een medisch advies opstellen dat hij aan de claimbehandelaar van de verzekeraar verstrekt. In letselschadezaken is het niet gebruikelijk dat de medisch adviseur (persoonlijk) contact heeft met het slachtoffer. Het advies wordt dan gebaseerd op de verzamelde schriftelijke informatie. De claimbehandelaar zendt het advies vervolgens door naar (de belangenbehartiger van) de patiënt. Het is van belang dat de patiënt kan verifiëren of, en welke medisch adviseur het advies heeft opgesteld.

⁹⁸ Artikel 6.1.4 van de [Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële instellingen](#).

Voor het verstrekken van gegevens aan een medisch adviseur van een verzekeraar gelden alle voorwaarden die in [paragraaf 1.6](#) zijn vermeld. Dit geldt ook voor de voorwaarde van gerichte en feitelijke vraagstelling. Vraagt de medisch adviseur van een verzekeraar om een afschrift van een volledig medisch dossier, dan kan de behandelend arts dit slechts zelden honoreren. Dat geldt te meer als de patiënt een belangenbehartiger heeft. Het recht om medische informatie op te vragen komt in beginsel namelijk toe aan de belangenbehartiger en/of diens medisch adviseur.

Als een medisch adviseur van een verzekeraar toch een afschrift van het volledige medisch dossier wil ontvangen, moet hij zijn verzoek uitvoerig motiveren. Daarnaast moet de behandelend arts zich ervan verzekeren dat de patiënt gerichte toestemming heeft gegeven voor het verstrekken van de gegevens. Dat geldt ook als de patiënt al een schriftelijke machtiging heeft ondertekend. Twijfelt de behandelend arts of hij de gevraagde informatie zal verstrekken, dan kan hij ervoor kiezen om de patiënt een afschrift van zijn medisch dossier te geven. Hierdoor kan de patiënt zelf bekijken of, en welke informatie de arts aan de (medisch adviseur van de) verzekeraar kan verstrekken.

4.4 Informatieverstrekking aan een levensverzekeraar

Als een verzekeraar vermoedt dat een verzekerde bij het aangaan of wijzigen van een levensverzekering onjuiste of onvolledige gezondheidsgegevens heeft verstrekt, dan kan hij een onderzoek instellen. Daarvoor kan hij de onafhankelijke Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens inschakelen. Behandelend artsen mogen bepaalde medische informatie verstrekken aan artsen die aan de Toetsingscommissie zijn verbonden.

Soms heeft een levensverzekeraar aanwijzingen dat een overleden verzekerde bij het aangaan of wijzigen van de verzekering onjuiste of onvolledige medische gegevens heeft verstrekt. Om dat te kunnen beoordelen kan de verzekeraar de behandelend arts vragen om medische gegevens over deze overleden persoon te verstrekken. De arts mag dit niet zomaar doen: het vermoeden dat onjuiste of onvolledige gegevens zijn verstrekt, is onvoldoende reden om het beroepsgeheim te doorbreken. Artsen mogen alleen in bepaalde situaties informatie verstrekken. Dit staat beschreven in het [Convenant inzake toetsing mededelingsplicht gezondheidsgegevens](#) dat het Verbond van Verzekeraars met de KNMG heeft gesloten.

4.4.1 Aangaan of wijzigen levensverzekering

Bij het aangaan of wijzigen van een levensverzekering moet de (aspirant-)verzekerde alle gegevens verstrekken die de verzekeraar nodig heeft om te beslissen over het afsluiten of wijzigen van de verzekering. Dit wordt de mededelingsplicht genoemd. De verzekeraar moet er alles aan doen om de relevante gezondheidsgegevens van de verzekerde te verkrijgen. Dit gebeurt meestal in de vorm van een gezondheidsverklaring.

Soms heeft de verzekeraar het vermoeden dat de (aspirant-)verzekerde bij het aangaan of wijzigen van de verzekering onjuiste of onvolledige medische gegevens heeft verstrekt. Dan mag de levensverzekeraar de onafhankelijke Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens inschakelen. Deze commissie doet in de volgende gevallen onderzoek:

- Is de verzekerde binnen twee jaar na het afsluiten of wijzigen van zijn levensverzekering overleden en was het overlijden niet een gevolg van een ongeval? Dan verricht de Toetsingscommissie alleen onderzoek als zij het vermoeden van de verzekeringsmaatschappij dat de verzekerde onvolledige of onjuiste gezondheidsgegevens heeft verstrekt gerechtvaardigd acht.
- Is de verzekerde overleden tussen twee en vijf jaar na het afsluiten of wijzigen van zijn levensverzekering? Dan verricht de Toetsingscommissie alleen onderzoek als de verzekeraar sterke aanwijzingen van een vermoeden van onjuiste of onvolledige gezondheidsgegevens heeft verstrekt.
- Is de verzekerde meer dan vijf jaar na het afsluiten of wijzigen van zijn levensverzekering overleden? Dan verricht de Toetsingscommissie alleen onderzoek als de verzekeraar harde aanwijzingen van een vermoeden van onjuiste en/of onvolledige gezondheidsgegevens heeft verstrekt en de Toetsingscommissie deze toetsing gerechtvaardigd acht.

4.4.2 Informatieverstrekking aan de Toetsingscommissie

Is er sprake van een gerechtvaardigd vermoeden dat de verzekerde inderdaad onvoldoende of onjuiste gezondheidsgegevens heeft verstrekt? Dan kan de arts die aan de Toetsingscommissie verbonden is, nadere medische informatie opvragen bij de behandelend arts. Op grond van het Convenant inzake toetsing mededelingsplicht gezondheidsgegevens mag de behandelend arts informatie verstrekken aan de arts van de Toetsingscommissie.

Onder medische informatie wordt in het convenant informatie verstaan die betrekking heeft op de gezondheidsgegevens van de verzekerde ten tijde van het sluiten of wijzigen van de verzekering. Het gaat hier om gezondheidsgegevens die in relatie staan tot de doodsoorzaak. De informatie moet relevant zijn voor de risico-inschatting door de levensverzekeraar. Onder de medische informatie in het convenant valt niet de informatie waarvan in de wet is bepaald dat de levensverzekeraar die niet mag opvragen en de arts die niet mag verstrekken.

De commissie doet op grond van de verkregen medische informatie uitspraak of de verzekerde al dan niet heeft voldaan aan de mededelingsplicht bij het aangaan of wijzigen van de verzekering. De uitspraken van de commissie zijn bindend voor de levensverzekeraars.

De procedure die de Toetsingscommissie volgt, staat in het Convenant inzake toetsing mededelingsplicht gezondheidsgegevens.

4.4.3 Verzekeringskeuringen ex-kankerpatiënten

Sinds 1 januari 2021 geldt er een nieuwe regeling voor ex-kankerpatiënten die een overlijdensrisicoverzekering of uitvaartverzekering willen afsluiten of wijzigen.⁹⁹ Zij hoeven niet meer op hun gezondheidsverklaring te vermelden dat ze kanker hebben gehad, als zij 10 jaar of langer geleden 'genezen' zijn en de kanker daarna niet teruggekomen is. De termijn begint te lopen vanaf het moment waarop er volgens de hulpverlener die de patiënt heeft behandeld, geen aanwijzingen meer zijn van ziekteactiviteit.

In bepaalde gevallen gelden kortere termijnen dan 10 jaar. De termijn is 5 jaar als de kandidaat-verzekerde 20 jaar of jonger was toen de diagnose werd gesteld. Voor een aantal specifieke vormen van kanker gelden, afhankelijk van bijvoorbeeld het stadium, kortere termijnen. Deze termijnen staan in de toelichting bij de gezondheidsverklaring die de kandidaat-verzekerde moet invullen.¹⁰⁰

Het is mogelijk dat een patiënt niet precies meer weet sinds wanneer hij precies kankervrij is. Hij kan dat vervolgens bij zijn (behandelend) arts navragen, omdat het antwoord mogelijk in zijn medisch dossier staat. Daarin moet de arts informatie over die behandeling hebben opgenomen. Het moment waarop de termijn begint te lopen kan de arts mogelijk terugvinden in het medisch dossier. Dat is bijvoorbeeld de datum van de operatieve verwijdering van de tumor, mits er daarna geen tekenen zijn geweest van terugkeer van de kanker. Dus als de patiënt in 2010 geopereerd is en de kanker daarna niet is teruggekeerd, is hij inmiddels langer dan 10 jaar tumorvrij. Is er geen duidelijke datum in het dossier terug te vinden? Dan kan de arts de patiënt verwijzen naar een andere hulpverlener die bij de primaire behandeling betrokken was. En anders mag de arts aan de hand van de informatie die hij wel heeft, een inschatting maken van de datum waarop de volledige remissie aannemelijk is.

Zie ook het praktijkdilemma: [Hoe kan ik nagaan of een ex-kankerpatiënte haar ziekte moet melden aan een levensverzekeraar?](#)

⁹⁹ Besluit verzekeringskeuringen ex-kankerpatiënten. Op internet: [Staatsblad 2020, 453 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#).

¹⁰⁰ Deze toelichting is te vinden op: [Medische keuring - VanAtotZekerheid](#).

Hoofdstuk 5

Informatieverstrekking aan (overheids-)instanties

Het komt regelmatig voor dat (overheids-)instanties informatie vragen aan artsen. Denk aan de GGD, de gemeente, zorgverzekeraars, toezichthouders en justitie. Soms moet de arts deze informatie geven, soms mag dat alleen onder bepaalde voorwaarden. In dit hoofdstuk bespreken we per instantie wat de regels zijn.

5.1 Melding van bepaalde infectieziekten aan de GGD

Als een arts een bepaalde, in de wet omschreven, infectieziekte bij een patiënt vermoedt of vaststelt, moet hij dit zo spoedig mogelijk melden bij de GGD.

In de Wet publieke gezondheid (Wpg) staat een aantal infectieziekten genoemd. Als een arts één van deze ziekten bij een patiënt vermoedt of vaststelt, moet hij dit zo spoedig mogelijk melden bij de GGD. Bij deze melding moet hij soms medische informatie verstrekken die onder het beroepsgeheim valt. Toch is in dit geval geen toestemming van de patiënt vereist. Wel is het aan te raden om de patiënt hierover te informeren.

Op grond van de Wpg heeft de arts de volgende verplichtingen:

Algemene verplichtingen

Een arts moet het direct aan de GGD melden, als:

- hij bij een door hem onderzocht persoon een ziektebeeld vaststelt met een oorzaak die volgens de stand van de wetenschap onbekend is; en
- er een gegronde vermoeden bestaat dat deze ziekte besmettelijk is en een ernstig gevaar kan opleveren voor de volksgezondheid.¹⁰¹

Een arts moet het tevens direct aan de GGD melden, als:

- hij vaststelt dat een lijk is besmet met een infectueus of giftig agens of een infectueuze of giftige stof; en
- er daardoor een ernstig gevaar voor de volksgezondheid kan ontstaan.¹⁰²

¹⁰¹ Artikel 21 lid 1 Wpg.

¹⁰² Artikel 21 lid 2 Wpg.

Een arts moet het binnen 24 uur aan de GGD melden als:

- hij een voor zijn praktijk ongewoon aantal gevallen vaststelt van een infectieziekte die niet behoort tot groep A, B1, B2 of C (zie hierna); en
- die infectieziekte een gevaar vormt voor de volksgezondheid.¹⁰³

Verplichtingen bij infectieziekten uit groep A, B1, B2 en C

De wet onderscheidt vier groepen infectieziekten: A, B1, B2 en C. Welke infectieziekten onder welke groep vallen, is te vinden op de [website](#) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Per groep heeft de arts de volgende verplichtingen:

Groep A

Als een arts bij een door hem onderzocht persoon een infectieziekte uit groep A vermoedt of vaststelt, moet hij dit direct melden aan de GGD.¹⁰⁴

Groep B1, B2 of C

Een arts moet het binnen 24 uur aan de GGD melden als:

- hij bij een door hem onderzocht persoon een infectieziekte uit groep B1, B2 of C vaststelt; of
- als hij vermoedt dat deze persoon lijdt aan difterie, een humane infectie die veroorzaakt wordt door een dierlijk influenzavirus of rabies.¹⁰⁵

Een arts moet het ook binnen 24 uur aan de GGD melden als:

- hij gegronde redenen heeft om bij een persoon een infectieziekte uit groep B1 of B2 te vermoeden; en
- de betreffende persoon weigert het onderzoek te ondergaan dat noodzakelijk is om die ziekte vast te stellen; en
- er daardoor een ernstig gevaar voor de volksgezondheid kan ontstaan door de verspreiding van die infectieziekte.¹⁰⁶

Waar en welke gegevens melden?

De arts moet de bovengenoemde meldingen doen bij de GGD van de gemeente waarin hij zijn praktijk heeft.¹⁰⁷ Bij elke melding moet hij de volgende gegevens doorgeven:¹⁰⁸

- naam, adres, geslacht, geboortedatum, BSN en verblijfplaats van de betrokken persoon;
- de infectieziekte of een beschrijving van het ziektebeeld;
- de eerste ziektedag, de vaccinatietoestand, het gebruik van chemoprophylaxe en de vermoedelijke infectiebron;
- de datum van het vermoeden of de vaststelling van de infectie en de manier waarop de arts de infectieziekte heeft vastgesteld;
- indien nodig: een melding of de betrokken persoon of een persoon in zijn directe omgeving beroeps- of bedrijfsmatig betrokken is bij de behandeling van eet- of drinkwaren of bij de behandeling, verpleging of verzorging van andere personen.

¹⁰³ Artikel 21 lid 3 Wpg.

¹⁰⁴ Artikel 22 lid 1 Wpg.

¹⁰⁵ Artikel 22 lid 2 Wpg.

¹⁰⁶ Artikel 22 lid 3 Wpg.

¹⁰⁷ Artikel 23 lid 1 Wpg.

¹⁰⁸ Artikel 24 lid 1 Wpg.

Heeft de arts een voor zijn praktijk ongewoon aantal gevallen vastgesteld van een infectieziekte die niet behoort tot groep A, B1, B2 of C? En vormt die infectieziekte een gevaar voor de volksgezondheid? Dan moet de arts bij zijn melding het volgende doorgeven:¹⁰⁹

- de infectieziekte;
- het geslacht, de geboortedatum en de nationaliteit van de betrokken personen.

Heeft de arts vastgesteld dat een lijk besmet is met een infectueus of giftig agens of een infectueuze of giftige stof? En kan daardoor een ernstig gevaar voor de volksgezondheid ontstaan? Dan moet de arts bij zijn melding het volgende doorgeven:¹¹⁰

- de aard van infectueus of giftig agens of een infectueuze of giftige stof;
- de plaats waar het lijk zich bevindt.

5.2 Informatieverstrekking binnen het sociaal domein

Gemeenten hebben soms medische informatie nodig voor bijvoorbeeld de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015, de Jeugdwet, de Participatiewet en de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening. De arts mag deze informatie alleen onder bepaalde voorwaarden verstrekken.

5.2.1 Informatieverstrekking in het kader van de Wmo 2015

De behandelend arts mag in beginsel alleen met uitdrukkelijke toestemming van de betrokkene feitelijke, relevante medische informatie aan de gemeente verstrekken, voor zover dit noodzakelijk is voor de beoordeling van de Wmo-aanvraag.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn en hulp nodig hebben. De Wmo 2015 voorziet in een regeling voor onder andere begeleiding en dagbesteding, tijdelijke ondersteuning van mantelzorgers, beschermde woonvormen voor mensen met een psychische stoornis, en opvang bij huiselijk geweld en voor mensen die dakloos zijn. Om te bepalen of iemand aanspraak kan maken op een dergelijke voorziening beoordeelt de gemeente de situatie vaak aan de hand van medische informatie. Gemeenten hebben geen recht op inzage in, of een afschrift van het volledige medisch dossier van een Wmo-aanvrager. Zij mogen alleen medische informatie opvragen voor zover die gegevens noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de Wmo 2015.¹¹¹ De medische informatie wordt door de gemeente verwerkt onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur (arts).

¹⁰⁹ Artikel 24 lid 3 Wpg.

¹¹⁰ Artikel 24 lid 2 Wpg.

¹¹¹ Artikel 5.2.5 lid 1 Wmo 2015.

Betrokkene vraagt zelf medische gegevens op

De gemeente kan aan de Wmo-aanvrager zelf vragen om bepaalde medische gegevens aan te leveren. De betrokkene kan dan aan zijn huisarts of behandelend arts vragen om die gegevens aan hem te verstrekken. De arts mag aan dat verzoek voldoen. Daarbij is van belang dat hij alleen die medische informatie verstrekt die de gemeente nodig heeft om te bepalen of de aanvrager de gewenste Wmo-voorziening krijgt. Het heeft daarom de voorkeur van de KNMG dat de gemeente gericht aangeeft welke (aanvullende) medische informatie zij nodig heeft.

Gemeente vraagt medische gegevens op

Met uitdrukkelijke en gerichte toestemming van de betrokkene mag de gemeente de medische gegevens ook rechtstreeks opvragen bij de behandelend arts. Het heeft de voorkeur van de KNMG dat de gemeente daartoe gerichte vragen stelt aan de arts. Ook hiervoor geldt dat de arts alleen relevante medische informatie van feitelijke aard mag verstrekken. Het is niet de bedoeling dat een arts een afschrift van een volledig medisch dossier aan de gemeente verstrekt, omdat dit doorgaans niet proportioneel is.

5.2.2 Informatieverstrekking in het kader van de Jeugdwet

De behandelend arts mag in beginsel alleen met uitdrukkelijke toestemming van de betrokkene (en diens ouder of voogd) feitelijke, relevante medische informatie aan de gemeente verstrekken als dit noodzakelijk is voor de uitvoering van de werkzaamheden in het kader van de jeugdhulp.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen en bieden van jeugdhulp. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om ambulante jeugdhulp, geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-ggz), verblijf in een jeugdinstituut, pleegzorg, jeugdzorg voor jongeren met een beperking, ondertoezichtstelling en voogdij, en jeugdreclassering. Zij hebben hiervoor soms medische informatie nodig.

Toestemming

Voor het verlenen van jeugdhulp is toestemming van de betrokkene vereist, tenzij er sprake is van een (spoed)machtiging gesloten jeugdhulp, een kindbeschermingsmaatregel of jeugdreclassering.¹¹²

Als de jeugdige tussen de 12 en 16 jaar is, is de hoofdregel dat de gezagdragende ouder(s) of voogd ook toestemming moeten geven voor het verlenen van de jeugdhulp. De jeugdhulp voor een 12- tot 16-jarige kan alleen zonder toestemming van de ouders plaatsvinden, als daarmee ernstig nadeel voor de jeugdige voorkomen kan worden of als de jeugdige weloverwogen blijft wensen dat hij jeugdhulp krijgt.¹¹³

¹¹² Artikel 7.3.4 lid 1 Jeugdwet.

¹¹³ Artikel 7.3.4 lid 2 Jeugdwet.

Als de jeugdige ouder dan 16 jaar is, is diens toestemming voldoende en hoeven de ouders geen toestemming te geven.¹¹⁴

Informatieverstrekking aan de gemeente

De gemeente kan voor het uitvoeren van haar taken op het gebied van de jeugdhulp informatie vragen aan artsen. In het algemeen geldt dat:

- de arts alleen medische informatie aan de gemeente mag verstrekken als dit noodzakelijk is voor de uitvoering van de werkzaamheden in het kader van de jeugdhulp;
- de arts niet meer informatie mag verstrekken dan strikt noodzakelijk is;
- de persoonlijke levenssfeer van een ander niet door de informatieverstrekking geschaad mag worden;

Medische informatie mag bij de gemeente alleen worden verwerkt door personen met een geheimhoudingsplicht.¹¹⁵

Informatieverstrekking door jeugdhulpaanbieders

Een jeugdhulpaanbieder verleent jeugdhulp onder verantwoordelijkheid van de gemeente. Een jeugdhulpaanbieder kan een solistisch werkende jeugdhulpverlener zijn, maar ook een instelling die bedrijfsmatig jeugdhulp verleent.

Jeugdhulpaanbieders verstrekken aan de gemeente de persoonsgegevens van een jeugdige of zijn ouders, die voor de gemeente noodzakelijk zijn voor de uitvoering van haar werkzaamheden. Daarbij gaat het onder meer om gegevens die nodig zijn voor de toegang tot jeugdhulp, de uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen, de bekostiging en het verrichten van controle of fraudeonderzoek.¹¹⁶

5.2.3 Schuldhelpverlening

Voor schuldhelpverlening is relevant of iemand ondersteuning krijgt op grond van Wmo 2015 en/of Jeugdwet en zo ja, wie de helpverleners zijn. Die informatie hebben schuldhelpverleners nodig om contact te kunnen leggen met andere helpverleners en de helpverlening op elkaar af te stemmen. Het gaat hierbij niet om gegevens waarvoor het medisch beroepsgeheim geldt. De schuldhelpverlener hoeft niet te weten hoe iemands gezondheid is of om iemands ziektebeeld te kennen.¹¹⁷

¹¹⁴ Artikel 7.3.5 lid 1 Jeugdwet.

¹¹⁵ Voor meer informatie over het verstrekken van informatie in het kader van de Jeugdwet, zie de [PrivacyApp Jeugdhulp en jeugdbescherming](#).

¹¹⁶ Artikel 7.4.0 lid 1 en 2 Jeugdwet.

¹¹⁷ Zie hiervoor de [MvT bij Wijziging van de Wet gemeentelijke schuldhelpverlening ten behoeve van de uitwisseling van persoonsgegevens](#).

5.3 Informatieverstrekking aan gezinsvoogden, Veilig Thuis en de Raad voor de Kinderbescherming (Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld)

Artsen zijn gebonden aan de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld en het daarin opgenomen afwegingskader. In deze meldcode staat onder meer wanneer en hoe artsen een melding kunnen doen bij Veilig Thuis en welke informatie zij mogen verstrekken.

In deze meldcode staat ook hoe artsen moeten omgaan met informatieverzoeken van Veilig Thuis, de Raad voor de Kinderbescherming, een gezinsvoogd of politie en justitie. Bovendien is in de meldcode geregeld op welke manier artsen horen om te gaan met medische gegevens over kindermishandeling en/of huiselijk geweld, die opgenomen zijn in het patiëntendossier.

Artsen kunnen ook gebonden zijn aan de meldcode van hun instelling. Zorgaanbieders zijn verplicht om een meldcode vast te stellen, die stapsgewijs aangeeft hoe met signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling wordt omgegaan.¹¹⁸ Deze meldcode moet eraan bijdragen dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden. Ook moeten zorgaanbieders de kennis en het gebruik van de meldcode bevorderen.

Uit welke elementen een meldcode in ieder geval moet bestaan, is vastgelegd in het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Zo moet de meldcode een afwegingskader bevatten op basis waarvan professionals de aard en de ernst van het geweld kunnen wegen. Op grond van die weging kunnen zij bepalen wanneer een situatie van huiselijk geweld of kindermishandeling dusdanig ernstig is, dat een melding bij Veilig Thuis moet worden gedaan. Dit laatste kan zo nodig ook zonder toestemming van de betrokkenen.

5.4 Informatieverstrekking aan zorgverzekeraars

Krijgt een arts een verzoek van een zorgverzekeraar om inzage te geven in een patiëntendossier voor een controle van de gedeclareerde zorg? Dan kan de arts aan de hand van het 'KNMG-stappenplan inzage zorgverzekeraar i.v.m. controle gedeclareerde zorg' beslissen of hij deze inzage al dan niet geeft.

Als zorgaanbieders hun geleverde prestaties declareren bij een zorgverzekeraar, moeten ze zich houden aan de tarieven die voor die prestaties zijn vastgesteld. Het is verboden om een tarief in rekening te brengen dat afwijkt van het vastgestelde tarief voor de betreffende prestatie of dat anderszins niet voldoet aan de wettelijke eisen (zie ook paragraaf 5.5.2).¹¹⁹ In het verlengde hiervan mogen zorgverzekeraars geen prestaties vergoeden die onjuist in rekening zijn gebracht. Zorgverzekeraars beschikken over diverse bevoegdheden om de juistheid van gedeclareerde prestaties te controleren.

¹¹⁸ Artikel 8 Wkkgz.

¹¹⁹ Artikel 35 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Materiële controle

Een materiële controle is een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat:

- of de prestatie die een zorgaanbieder in rekening heeft gebracht, daadwerkelijk is geleverd ('rechtmatigheid'); en
- of die prestatie het meest geschikt was gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde ('doelmatigheid').

De wijze waarop deze controle mag worden uitgevoerd, is uitgewerkt in het Protocol materiële controle, dat onderdeel is van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland). Ook wordt de werkwijze beschreven in de Regeling zorgverzekering.

Uitgangspunten van de materiële controle

Bij een materiële controle geldt als uitgangspunt dat hier geen zwaardere instrumenten voor worden ingezet dan nodig is om na te gaan of de gedeclareerde zorg rechtmatig en doelmatig is. Voor dergelijke controles gelden dus de principes van proportionaliteit en subsidiariteit. De instrumenten die de zorgverzekeraar voor de materiële controle kan gebruiken, zijn:

- 1) statistische analyse en risicoanalyse (hierdoor kan men bijvoorbeeld een cataractoperatie bij staar met opname identificeren als een indicatie van niet-doelmatige zorg, omdat dit in 90% van de gevallen poliklinisch kan);
- 2) administratieve organisatie/interne controleverklaring en bestuursverklaring (een verklaring van een accountant of ziekenhuis dat de administratieve organisatie en de interne controle op orde zijn);
- 3) logica- of verbandscontrole (waarbij gekeken wordt naar relaties tussen bijvoorbeeld verschillende verrichtingen, zoals twee keer een blindedarmoperatie bij dezelfde patiënt);
- 4) detailcontrole zonder of met inzage in het medisch dossier (bijvoorbeeld door - alleen in uiterste instantie - bij een zorgverlener medische dossiers in te zien).

Een ander uitgangspunt bij een materiële controle is dat er geen gegevens worden gebruikt die tot de persoon van de verzekerde herleidbaar zijn. Dit is het geval bij de instrumenten die onder 1, 2 en 3 genoemd zijn.

Detailcontrole

Alleen als na de inzet van de lichtere controle-instrumenten 'geen voldoende zekerheid' is verkregen dat de gedeclareerde zorg rechtmatig en doelmatig is, mag een zorgverzekeraar een detailcontrole (gerichte controle) uitvoeren. Hij moet de betreffende arts over deze detailcontrole informeren. Dit kan hij mondeling doen of, op verzoek van de arts, schriftelijk. Voor de detailcontrole is het niet altijd nodig om medische dossiers van verzekerden bij de arts in te zien. Als de zorgverzekeraar de procedurevoorschriften volgt, mag hij - alleen in uiterste instantie - die gegevens inzien zonder dat de verzekerden daarvoor toestemming hoeven te geven aan de arts.

Een detailcontrole mag alleen worden uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van een medisch adviseur die in opdracht van de zorgverzekeraar werkt. Die medisch adviseur moet een BIG-geregistreerd arts zijn en bij voorkeur een arts Maatschappij & Gezondheid. Volgens de wet moet de medisch adviseur bij de detailcontrole aanwezig zijn, als de behandelend arts daar vóór het onderzoek om vraagt. De KNMG adviseert om de medisch adviseur bij de arts uit te nodigen, zodat deze de controle ter plaatse kan uitvoeren en er geen gegevens uit patiëntendossiers naar de verzekeraar hoeven te worden opgestuurd.

Als het gaat om een individuele verzekerde mag een zorgverzekeraar ook een detailcontrole uitvoeren zonder dat bovengenoemde voorwaarden van toepassing zijn. Dat mag als de verzekerde schriftelijk toestemming aan zijn arts heeft gegeven om persoonsgegevens over zijn gezondheid aan de zorgverzekeraar te verstrekken ten behoeve van materiële controles (of fraudeonderzoek). Deze methode van controle is vooral van betekenis in individuele gevallen, en uiteraard niet als alternatief voor algemene en specifieke controles.

In [paragraaf 7.6](#) wordt ingegaan op gegevensuitwisseling met zorgverzekeraars bij het aangaan van een aanvullende verzekering of de beoordeling van een aanspraak op zorg.

5.5 Informatieverstrekking aan IGJ, NZa en FIOD

Zorgaanbieders zijn soms verplicht om gegevens te verstrekken aan de IGJ, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD). Deze organisaties hebben daar verschillende bevoegdheden voor.

5.5.1 Informatieverstrekking aan de IGJ

Artsen moeten in sommige gevallen melding doen bij de IGJ en meewerken aan verzoeken.

De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de jeugdhulp. Bij dit toezicht controleert de IGJ of zorgaanbieders, jeugdhulpverleners en fabrikanten zich houden aan de wetten die voor hen gelden. In totaal gaat het om meer dan twintig wetten. Per wet is aangegeven wat de bevoegdheden van de IGJ zijn.

Meldingen

Bij de uitvoering van deze toezichthoudende taak baseert de IGJ zich onder andere op meldingen die kunnen wijzen op mogelijke misstanden en andere gevaren voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De IGJ maakt daarbij onderscheid tussen verplichte meldingen, die op grond van de wet bij de IGJ moeten worden gedaan, en niet-verplichte meldingen. Onder de laatste categorie vallen bijvoorbeeld klachten die het Landelijk Meldpunt Zorg van burgers ontvangt en die vervolgens worden doorgeleid naar de IGJ.

Tot de verplichte meldingen behoren allereerst de meldingen die de IGJ ontvangt op grond van de Wkkgz. Deze wet bepaalt dat een zorgaanbieder het bij de IGJ moet melden als een van de volgende situaties zich heeft voorgedaan:¹²⁰

- Er heeft bij de zorgverlening een calamiteit plaatsgevonden. Onder een calamiteit wordt verstaan: een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of tot een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.¹²¹
- Er heeft bij de zorgverlening geweld plaatsgevonden. Onder geweld in de zorgrelatie wordt verstaan: seksueel binnendringen van het lichaam van een cliënt, ontucht met een cliënt¹²² of geweld jegens een cliënt, gepleegd door:
 - iemand die in dienst is bij, of werkzaam is in opdracht van een instelling of van een opdrachtnemer van een instelling; of
 - een andere cliënt met wie de cliënt gedurende een etmaal of een dagdeel in een accommodatie van een instelling verblijft.¹²³
- De arbeidsrelatie met een individuele zorgverlener is beëindigd vanwege ernstige functioneringsproblemen.

Bevoegdheden IGJ

De IGJ kan aan de hand van een melding een onderzoek instellen en zo nodig maatregelen treffen. Op grond van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) heeft de IGJ de volgende bevoegdheden bij het houden van toezicht op de specifieke volksgezondheidswetten:

- De inspecteurs zijn bevoegd om elke plaats te betreden, desnoods met behulp van de politie. Alleen een woonhuis mogen zij niet zonder toestemming betreden, tenzij de woning deel uitmaakt van een instelling.
- De inspecteurs mogen inzage vragen in een identiteitsbewijs.¹²⁴ Ook mogen zij binnen redelijke termijn van iedereen medewerking eisen, als dit redelijkerwijs noodzakelijk is voor het uitvoeren van het toezicht. Het beroepsgeheim van de arts kan echter reden zijn om medewerking te weigeren.¹²⁵
- De inspecteurs kunnen bepaalde informatie vorderen en verlangen dat ze inzage krijgen in, en een afschrift krijgen van zakelijke gegevens.¹²⁶ Zakelijke gegevens zijn gegevens, al dan niet elektronisch opgeslagen, die bijvoorbeeld betrekking hebben op de praktijkuitvoering of de administratie van de arts. Patiëntendossiers of gegevens die op een andere wijze informatie van patiënten bevatten, vallen niet onder dit begrip.

Zelfstandig inzagerecht IGJ

De IGJ heeft in een aantal wetten de bevoegdheid om zonder toestemming van de patiënt een medisch dossier in te zien. Dit vloeit (onder meer) voort uit de Wkkgz, de Gezondheidswet en de Wet BIG. De IGJ zal alleen van deze inzagebevoegdheid gebruik maken als dat noodzakelijk is voor de uitoefening van haar toezichthoudende taak. De begrippen proportionaliteit en evenredigheid zijn hier van belang. Als de arts deze inzage niet verleent, kan dat leiden tot een dwangsom.

¹²⁰ Artikel 11 lid 1 Wkkgz.

¹²¹ Artikel 1 Wkkgz.

¹²² Zie voor meer informatie over seksueel grensoverschrijdend gedrag in de gezondheidszorg de brochure van de IGJ 'Het mag niet, het mag nooit'.

¹²³ Artikel 1 Wkkgz.

¹²⁴ Artikel 5:16a Awb.

¹²⁵ Artikel 5:20 Awb.

¹²⁶ Artikelen 5:16 en 5:17 Awb.

De inzagebevoegdheid van de IGJ heeft niet primair tot doel om privégegevens van de patiënt in te zien. Het primaire doel van de inzage is om inzicht te krijgen in het handelen van zorgaanbieders en daarmee een antwoord te krijgen op de vraag of er goede zorg of jeugdhulp is verleend. Inzage in persoonsgegevens is slechts een gevolg van deze noodzaak.

Aan de inzagebevoegdheid is een geheimhoudingsplicht gekoppeld. Voor zover de betrokken zorgverlener uit hoofde van zijn beroep tot geheimhouding van het dossier verplicht is, geldt een gelijke verplichting voor de IGJ. Het kan zijn dat de IGJ tijdens de inzage in medische dossiers zonder toestemming van de patiënt op andere overtredingen stuit dan die waarop het toezicht is gericht. Ook in dat geval blijft de IGJ verplicht om deze bevindingen geheim te houden.

5.5.2 Informatieverstrekking aan de NZa en de FIOD

In sommige gevallen is de zorgaanbieder verplicht om op verzoek van de NZa en de FIOD bepaalde gegevens te verstrekken. Het kan hier gaan om identificerende gegevens die hemzelf betreffen, om andere identificerende persoonsgegevens en om medische gegevens van patiënten.¹²⁷

In de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is voor deze informatieverstrekking een wettelijke uitzondering op het beroepsgeheim opgenomen.¹²⁸

De NZa is onder meer belast met markttoezicht, marktontwikkelingen, tarief- en prestatieregulering en met toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. De NZa kan in het kader van die taken toezicht houden op zorgaanbieders. Daarbij werkt ze soms samen met de FIOD.

De NZa en de FIOD kunnen om deze gegevens vragen in het kader van:

- hun toezicht op het verbod om andere dan rechtsgeldige tarieven in rekening te brengen;¹²⁹
- hun toezicht op het voeren van een correcte administratie;¹³⁰
- hun controle op de verplichting van de zorgaanbieder om patiënten tijdig en zorgvuldig te informeren over de kosten voor een bepaalde prestatie;¹³¹
- de uitvoering van de Wet op de economische delicten.

De NZa en de FIOD moeten bij het vorderen van gegevens de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit in acht nemen. Dit betekent onder meer dat ze de betreffende gegevens alleen mogen opvragen voor zover dat redelijkerwijs noodzakelijk is voor het doel waarvoor ze deze willen gebruiken. Bovendien mogen zij alleen de relevante gegevens opvragen.

¹²⁷ Onder identificerende persoonsgegevens wordt verstaan: naam, adres, woonplaats, postadres, geboortedatum en geslacht, administratieve gegevens, zoals nummers van bank-, giro- en creditcard, gegevens uit de basisregistratie personen en registratie ingevolge de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (artikel 60 lid 2 Wmg).

¹²⁸ Artikel 66 Wmg.

¹²⁹ Artikel 35 Wmg.

¹³⁰ Artikel 36 Wmg.

¹³¹ Artikel 38 Wmg.

5.6 Informatieverstrekking aan politie en justitie

Artsen moeten zich ook tegenover politie en justitie aan hun beroepsgeheim houden. Zij mogen in beginsel geen informatie over patiënten aan de politie of justitie verstrekken.

De politie benadert regelmatig artsen met het verzoek om gegevens over een patiënt te verstrekken. Artsen mogen die gegevens echter niet zomaar geven: ook tegenover de politie moeten zij zich aan hun beroepsgeheim houden. Dat geldt ook voor personen met een afgeleid beroepsgeheim, zoals een receptioniste of een portier.¹³² Ook zij mogen in principe geen informatie over patiënten aan de politie verstrekken.

Om welke informatie gaat het?

Op basis van het beroepsgeheim mag een arts bepaalde vragen van de politie in beginsel niet beantwoorden. Bijvoorbeeld de vraag of hij een specifieke persoon heeft behandeld of gezien. Of de vraag of een bepaalde persoon in het ziekenhuis of in de praktijk van de arts aanwezig of ingeschreven is. Ook mag een arts niet zomaar de identiteitsgegevens prijsgeven van een persoon die zich voor enige vorm van medische hulp of informatie bij een ziekenhuis of bijvoorbeeld huisartsenpraktijk heeft gemeld. Deze gegevens bevatten namelijk indirecte informatie over de gezondheid van die persoon. Daarom worden ze beschouwd als gegevens die onder het beroepsgeheim vallen.

Als er sprake is van een strafbaar feit

Vraagt de politie of justitie informatie over een persoon die verdacht wordt van een strafbaar feit, dan moet de arts het beroepsgeheim strikt handhaven. Dit betekent dat hij in principe geen informatie over deze persoon verstrekt. Een van de weinige uitzonderingen gaat op, als er een concrete gevaar dreiging van deze persoon uitgaat, die mogelijk kan worden bestreden door het beroepsgeheim te doorbreken (conflict van plichten, zie paragraaf 1.5.4). De arts mag echter vanwege de belangen die het beroepsgeheim dient niet te lichtvoetig aannemen dat deze dreiging er is.

De politie als hulpverlener

Als de politie in de rol van hulpverlener contact opneemt met een arts, kan er reden zijn om het beroepsgeheim minder strikt uit te leggen. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan de vermissing van een kind, waarbij de politie aan de arts vraagt of deze het kind heeft gezien. Of aan een ramp met een vliegtuig, waarbij de politie graag wil weten in welk ziekenhuis de slachtoffers zijn opgenomen, zodat de familie geïnformeerd kan worden. In dergelijke situaties is het soms wenselijk dat er informatie over slachtoffers wordt uitgewisseld tussen artsen/hulpverleners en bijvoorbeeld de gemeente, politie of naasten. Of, en onder welke voorwaarden een arts deze informatie mag geven, hangt af van de situatie. De KNMG heeft met andere organisaties de [Handreiking Afspraken tussen openbaar bestuur en ziekenhuizen over slachtofferinformatie bij rampen en crises](#) opgesteld. Hierin is uitgewerkt aan welke voorwaarden moet worden voldaan bij de uitwisseling van patiëntgegevens tussen ziekenhuizen en het openbaar bestuur in geval van een ramp of crisis.

¹³² Aan een ziekenhuis kan ook een - van aan het ziekenhuis verbonden artsen - afgeleid verschoningsrecht toekomen, zie ECLI:NL:HR:2018:553, Hoge Raad, 17/05241 (rechtspraak.nl).

De politie kan ook behoefte hebben aan informatie over het letsel van een persoon, bijvoorbeeld een slachtoffer van een verkeersongeluk of mishandeling, maar het kan ook om een verdachte gaan. In situaties waarin het niet mogelijk is om het letsel achteraf door een onafhankelijk (forensisch) arts te laten beschrijven, kan de politie de behandelend arts vragen om deze informatie te verstrekken. Voor deze situaties is in samenwerking met het Openbaar Ministerie en het ministerie van Justitie een aanvraagformulier medische informatie ontwikkeld. Dit formulier wordt ook wel het '[poppetjesformulier](#)' genoemd. Op het formulier mag slechts feitelijke, medische informatie verstrekt worden, zonder hierbij een oordeel te geven. Heeft de politie een oordeel nodig, dan moet een onafhankelijk forensisch geneeskundige worden ingeschakeld.

Meer informatie:

[KNMG-handreiking Beroepsgeheim en politie/justitie](#)

5.7 Informatieverstrekking bij juridische procedures

Een arts kan betrokken raken bij een een juridische procedure, zoals een tucht- of klachtzaak of een civiele of strafrechtelijke procedure. De vraag of hij daarbij zijn beroepsgeheim mag doorbreken, hangt onder meer af van zijn positie: is hij verweerder, verdachte of getuige.

5.7.1 De arts als verweerder in klacht-, tucht- en civiele zaken

Als een arts verweerder is in een klachtzaak, tuchtzaak of civiele procedure kan hij voor zijn verdediging medische gegevens nodig hebben. De regels hiervoor verschillen per type procedure.

Gebruik van gegevens in klachtzaken

Zolang een klacht door een klachtenfunctionaris wordt behandeld, worden de medische gegevens van een patiënt op grond van diens veronderstelde toestemming door de klachtenfunctionaris gebruikt. Wordt de klacht aan een klachtencommissie en geschilleninstantie voorgelegd, dan is expliciete toestemming van de patiënt nodig voor het gebruik van zijn gegevens. Dat geldt ook voor de gegevens die door de arts worden gebruikt in het kader van zijn verweer. Geeft de patiënt geen toestemming voor het gebruik van zijn gegevens, dan dient dat te leiden tot ongegrondheid van de klacht. Over het algemeen vragen klachtenfunctionarissen, klachtencommissies en de geschilleninstanties in de praktijk de patiënt om toestemming.

Verweer in civiele zaken

In civiele zaken moet een arts voor het gebruik van medische gegevens voor zijn verweer toestemming vragen aan de patiënt. Als de patiënt die toestemming weigert, kan de arts in bewijsnood komen. De gevolgen daarvan zouden voor de patiënt moeten zijn.¹³³

¹³³ Zie o.a. Hof Amsterdam 11 juli 1996, TvGR 1997/13., H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom juridisch 2020, p.166.

Verweer in tuchtzaken

Als een patiënt een tuchtklacht indient tegen een arts, dan mag de arts voor zijn verweer relevante medische gegevens van de patiënt gebruiken, voor zover dat nodig is voor zijn verdediging. Hierbij is het van belang of de arts zich niet op een andere manier kan verdedigen dan op grond van de medische gegevens en dat voldaan wordt aan de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit.¹³⁴

Gegevens van andere personen in tuchtprocedures

Het kan zijn dat de aangeklaagde arts voor zijn verweer gebruik wil maken van gegevens die betrekking hebben op een andere persoon dan de klager. In dat geval moet de betreffende persoon daarvoor toestemming geven. Als deze persoon geen toestemming geeft - of geen toestemming meer kan geven omdat de patiënt inmiddels is overleden en de klacht is ingediend door een nabestaande - kan de arts terugvallen op een speciale voorziening in het tuchtrecht. Deze voorziening houdt in dat de voorzitter van het tuchtcollege kan bepalen dat sommige processtukken, of gedeelten daaruit, niet door de klager mogen worden ingezien, maar alleen door diens gemachtigde. Deze gemachtigde moet dan wel arts of advocaat zijn of van de voorzitter bijzondere toestemming hebben gekregen.¹³⁵

In klachtprocedures bestaat een dergelijke regeling niet. Wel is het voorstelbaar dat de voorzitter van een klachtencommissie eenzelfde procedure hanteert.

Informatieverstrekking aan raadsman en collega-arts

Een arts mag zonder toestemming van de patiënt gegevens van die patiënt aan zijn raadsman voorleggen, voor zover die voor zijn verweer relevant zijn. Ook mag hij die gegevens zonder toestemming van de patiënt aan een collega-arts voorleggen, om een oordeel over zijn handelen te krijgen.¹³⁶ Zo mogelijk gebruikt de arts hiervoor gegevens die niet herleidbaar zijn tot de patiënt.

Gebruik van gegevens na overdracht

Het kan voorkomen dat een arts nadat hij het dossier van een patiënt heeft overgedragen aan een nieuwe arts (bijvoorbeeld van de oude huisarts aan de nieuwe huisarts), gegevens uit dat overgedragen dossier nodig heeft om zich in een juridische procedure te verantwoorden. In het geval de patiënt een tuchtklacht tegen een arts heeft ingediend bij een tuchtcollege, mag een aangeklaagde arts stukken uit het medisch dossier van de klager gebruiken voor zijn verweer als die nodig zijn voor zijn verdediging. De relevante dossiergegevens die hij zelf heeft aangelegd kan hij opvragen bij de opvolgende arts om te gebruiken voor zijn juridisch verweer. Het enkele feit dat het dossier en de bewaarplicht daarvan inmiddels is overgedragen aan de nieuwe arts maakt dat niet anders. Hoewel expliciete toestemming niet noodzakelijk is, dient de oude of de nieuwe arts de patiënt wel te informeren dat van de gegevens gebruik wordt gemaakt. In alle andere gevallen waarin de oude arts de gegevens achteraf nog nodig heeft, zal de huisarts toestemming aan de patiënt moeten vragen voor het gebruik daarvan. Zo is bijvoorbeeld wel toestemming van de patiënt nodig voor het juridisch verweer in klachten- en geschillenprocedures, in civiele procedures of als de (oude huis)arts na de overdracht in het kader van bijvoorbeeld een vroegere behandeling nog een rapportage over de patiënt moet opstellen.¹³⁷

¹³⁴ RTG Amsterdam 7 april 2009, GJ 2009/71, H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom juridisch 2020, p.624.

¹³⁵ Artikel 67 lid 3 Wet BIG.

¹³⁶ CMT 14 november 1996, TvGR 1997/2.

¹³⁷ KNMG-handreiking *Overdracht patiëntendossier bij verandering van huisarts* 2020, p. 15,16.

Gebruik gegevens van patiënt in geschillen tussen artsen

Wil een arts zich verweren tegen een klacht die is ingediend door een andere arts? En heeft hij daarvoor gegevens van een patiënt nodig? Dan mag hij deze gegevens alleen gebruiken met toestemming van de betreffende patiënt. Dit geldt niet als hij de gegevens kan gebruiken op een wijze waardoor de gegevens niet tot de patiënt herleidbaar zijn. Bijvoorbeeld als hij de gegevens kan anonimiseren.

Gebruik van gegevens van overleden patiënten

Is de klacht ingediend door een patiënt die nadien is overleden en wordt de procedure na het overlijden gecontinueerd door nabestaanden? Dan mag de arts medische gegevens gebruiken door de toestemming daarvoor te veronderstellen.

Wordt een klacht namens een overleden patiënt ingediend dan zal beoordeeld moeten worden of in het licht van de wil van de overledene de gegevens door de arts gebruikt mogen worden.

Informatieverstrekking aan de advocaat van een patiënt

Een advocaat die de belangen van een patiënt behartigt, kan medische gegevens nodig hebben om zijn cliënt zo goed mogelijk bij te staan. Als vertegenwoordiger van de patiënt heeft de advocaat in beginsel recht op inzage in, en een afschrift van het medisch dossier (zie ook [paragraaf 2.11.2](#)). Hij mag rechtstreeks, net als de patiënt zelf, medische informatie bij een behandelend arts opvragen. Een schriftelijke machtiging van de patiënt is in deze situatie dus niet noodzakelijk. Daarin verschilt de advocaat van andere belangenbehartigers. Heeft de behandelend arts twijfels over de verstrekking van de gevraagde informatie? Dan is het verstandig dat hij afstemming zoekt met de patiënt. Zie verder [paragraaf 4.3.1](#).

Het kan ook voorkomen dat de patiënt verwickeld is in een juridische procedure en de advocaat van de tegenpartij een verzoek doet om medische informatie over de patiënt. In dat geval heeft de arts toestemming nodig van de patiënt of diens advocaat om de medische gegevens te verstrekken aan de advocaat van de tegenpartij.

5.7.2 De arts als verdachte in strafzaken

Een arts die wordt verdacht van een strafbaar feit heeft - net als iedere andere verdachte - recht op een eerlijk proces. Een verdachte mag niet worden gedwongen om actief aan zijn eigen veroordeling mee te werken. Dit heet ook wel het 'nemo tenetur beginsel'. Het zwijgrecht van de verdachte is hier een uitwerking van, net als de verplichting van de verhorende ambtenaren om de verdachte op dit recht te wijzen.¹³⁸

Het recht om niet mee te hoeven werken aan de eigen veroordeling is echter niet absoluut.¹³⁹ Zo bestaan er diverse wettelijke bepalingen die hierop een uitzondering maken. Een voorbeeld is dat een dronken bestuurder van een motorvoertuig verplicht is om mee te werken aan een ademanalyse of bloedproef.

¹³⁸ Artikel 29 Sv.

¹³⁹ Zie ook HR 9 oktober 1984, NJ 1985, 176, LJN AC1053 en EHRM 17 december 1996, NJ 1997, 699, LJN ZB6862 (Saunders).

Wanneer een arts wordt verdacht van het plegen van een ernstig strafbaar feit tegen een patiënt, heeft het Openbaar Ministerie (OM) mogelijkheden om gegevens die onder het medisch beroepsgeheim vallen, te vorderen en in te zien. Hieronder gaan we daar nader op in.

Verschoningsrecht

Het OM heeft in beginsel geen recht om patiëntendossiers in beslag te nemen en in te zien.¹⁴⁰ Dit verschoningsrecht is gebaseerd op de opvatting dat het maatschappelijk belang dat eenieder zich vrijuit tot een arts moet kunnen wenden, zwaarder weegt dan het maatschappelijk belang dat de waarheid in een juridische procedure aan het licht komt. Er kunnen zich echter zeer uitzonderlijke omstandigheden voordoen waarin het belang van de waarheid wel voorgaat op het verschoningsrecht. Wanneer zich zulke omstandigheden voordoen, is niet in algemene zin vast te stellen. Die vraag zal de rechter per geval moeten beantwoorden. Daarbij moet de rechter letten op:

- de aard en de ernst van het strafbare feit waarvan de arts wordt verdacht;
- de aard en de inhoud van het materiaal dat onder het verschoningsrecht valt, in relatie tot het belang dat met het beroep op het verschoningsrecht wordt gediend;
- de mate waarin de betrokken belangen van de patiënt(en) worden geschaad als het verschoningsrecht wordt doorbroken.

Het enkele feit dat de arts verdacht wordt, is niet toereikend om zijn verschoningsrecht te mogen doorbreken.

Zeer uitzonderlijke omstandigheden waarin het verschoningsrecht wel - met instemming van de rechter - werd doorbroken, deden zich bijvoorbeeld voor in een situatie met de volgende kenmerken:

- een arts werd verdacht van schuld aan het misdrijf (dood door schuld);
- Er waren geen aanwijzingen dat de overleden patiënt bezwaar zou hebben gehad tegen de inbeslagname van de medische gegevens.
- De in beslag genomen gegevens waren van cruciaal belang voor de waarheidsvinding.
- De gegevens konden niet op een andere wijze worden verkregen.
- De beginselen van proportionaliteit¹⁴¹ en subsidiariteit¹⁴² zijn in acht genomen: de doorbreking van het verschoningsrecht stond in verhouding tot het beoogde doel en dit doel kon niet op een minder ingrijpende wijze worden bereikt.

In een dergelijke redenering hecht de rechter (en de hoogste rechter, de Hoge Raad) groot gewicht aan de veronderstelde toestemming van de patiënt. Daardoor leidt het doorbreken van het verschoningsrecht niet tot een schending van de belangen van de patiënt. Bovendien mag de rechter meewegen dat patiënten er in het algemeen op mogen vertrouwen dat justitie bij een

¹⁴⁰ Artikel 98 Sv.

¹⁴¹ Proportionaliteit betekent dat er een redelijke verhouding moet zijn tussen het doel en het ingezette middel. Als het gaat om het beroepsgeheim moet de arts overwegen of het voordeel dat het doorbreken van het beroepsgeheim met zich meebrengt opweegt tegen de schade als gevolg van de schending van het geheim

¹⁴² Subsidiariteit betekent dat je het minst ingrijpende middel moet inzetten om een bepaald doel te bereiken. Het beroepsgeheim bijvoorbeeld, mag een arts pas doorbreken als andere, minder ingrijpende interventies zijn uitgesloten.

ernstig vermoeden van verwijtbaar ondeskundig handelen van een arts de gegevens uit het medisch dossier zal onderzoeken.¹⁴³

Meer informatie:

[KNMG-handreiking Beroepsgeheim en politie/justitie](#)

5.7.3 De arts als getuige in een (juridische) procedure

Soms wordt een arts als getuige opgeroepen in een civiele procedure of in een straf- of tuchtprocedure. In dat geval is het de vraag of hij verplicht is om aan die oproep gehoor te geven en op welke wijze hij als getuige moet omgaan met zijn beroepsgeheim. Dit is met name relevant als een opgeroepen arts vooraf al weet dat hij zich zal beroepen op zijn geheimhoudingsplicht/verschoningsrecht.

Plicht om te verschijnen

Als een arts door een Regionaal of het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG of CTG) als getuige wordt opgeroepen in een tuchtprocedure, is hij verplicht om daaraan gehoor te geven. Datzelfde geldt als hij door één van de partijen bij deurwaardersexploot (dagvaarding) wordt opgeroepen voor een tuchtprocedure. Verschijnt de opgeroepen arts niet, dan kan hij op verzoek van het tuchtcollege door de officier van justitie (OvJ) worden gedagvaard.

Artsen kunnen ook in strafprocedures als getuige worden opgeroepen. Afhankelijk van de fase waarin een strafrechtelijk onderzoek zich bevindt, gebeurt dat door de OvJ of de rechter-commissaris (RC). Als een arts bij dagvaarding wordt opgeroepen, dan is hij verplicht te verschijnen. Verschijnt de arts niet, dan kan de RC hem nogmaals dagvaarden en daarbij een bevel tot medebrenging (door de politie) voegen.¹⁴⁴

De arts is niet verplicht om te verschijnen als hij door (de advocaat van) de verdachte verzocht wordt te getuigen. Als hij niet wil verschijnen, verdient het aanbeveling om dat te melden aan de betreffende partij. Verschijnt de arts niet, dan kan de partij de rechter verzoeken om de arts bij dagvaarding op te roepen. In dat geval is hij wel verplicht om te verschijnen.

Verschoningsrecht

Eenmaal verschenen op de zitting is een arts niet verplicht om een getuigenverklaring af te leggen, als hij door het beantwoorden van vragen zijn beroepsgeheim zou doorbreken. Dit wordt het verschoningsrecht genoemd. Hij moet zich dan op zijn verschoningsrecht beroepen. Zie hierover verder [paragraaf 1.2.2](#).

Is een arts opgeroepen als getuige en is hij van plan om zich op zijn verschoningsrecht te beroepen? Dan is het raadzaam om van tevoren contact op te nemen met de instantie die de oproep heeft gedaan. Daarbij geeft de arts aan dat hij zich op zijn verschoningsrecht zal beroepen. Mogelijk wordt de oproep dan ingetrokken.

¹⁴³ HR 21 oktober 2008. LJN BD7817, r.o. 3.5.

¹⁴⁴ Artikel 213 Sv.

Hoofdstuk 6

Informatieverstrekking in het kader van gedwongen zorg en opname (Wvggz en Wzd)

6.1 Achtergrondinformatie

Op 1 januari 2020 zijn twee nieuwe wetten in werking getreden: de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd). Deze wetten vervangen samen de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). De Wvggz vervangt de Wet Bopz voor wat betreft mensen met psychische problematiek (in de wet 'betrokkenen' genoemd) en de Wzd voor wat betreft mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap (in de wet 'cliënten' genoemd). In het vervolg zal telkens worden gesproken over 'cliënten'.

De Wvggz en Wzd regelen de rechtspositie van cliënten die vanwege een psychische stoornis, respectievelijk een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap zijn aangewezen op (gedwongen) gezondheidszorg of een (gedwongen) opname.¹⁴⁵ De Wvggz en Wzd stellen regels aan het verlenen van (gedwongen) zorg en het faciliteren van een (gedwongen) opname. Voor het adequaat verlenen van (gedwongen) zorg en faciliteren van een (gedwongen) opname, is het delen van informatie, waaronder ook medische informatie, nodig. Hiervoor zijn in de Wvggz en Wzd dan ook specifieke regels opgesteld waaraan de arts en andere actoren zich moeten houden. Die regels worden in dit hoofdstuk uitgelicht. De wetten worden afzonderlijk besproken, want hoewel ze op elkaar lijken, zijn er ook een aantal belangrijke, systematische verschillen.

6.2 Informatieverstrekking in het kader van de Wvggz

Bij de procedures in het kader van de Wvggz zijn veel verschillende personen, partijen en instanties betrokken. Bijvoorbeeld: de zorgaanbieder, de zorgverantwoordelijke, de geneesheer-directeur, de verklarend psychiater, de officier van justitie, de rechter en de IGJ. Hierna wordt gesproken van 'actoren'. Om hun wettelijke taken goed te kunnen uitvoeren, hebben netgenoemde actoren vaak informatie van elkaar nodig. De actoren mogen die informatie alleen aan elkaar verstrekken als zij zich daarvoor op een zogenoemde 'grondslag' kunnen beroepen. In de meeste gevallen biedt een bepaling uit de Wvggz die grondslag. Zo verplicht een artikel uit de Wvggz de geneesheer-directeur om de zorgkaart en het zorgplan van de cliënt, alsmede zijn eigen bevindingen ten aanzien van het zorgplan, over te dragen aan de officier van justitie.¹⁴⁶

¹⁴⁵ De Wvggz spreekt van 'verplichte zorg', 'zorgmachtiging' en 'crisismaatregel' en de Wzd van 'onvrijwillige zorg', 'rechterlijke machtiging' en 'inbewaringstelling'. De crisismaatregel en inbewaringstelling zijn de gedwongen spoedopnamen. Voor het gemak wordt hier gesproken van 'gedwongen zorg' en 'gedwongen opnamen'.

¹⁴⁶ Artikel 5:15 lid 2 Wvggz.

Informatieverstrekking: een verplichting of een mogelijkheid?

Voor de arts is het onderscheid tussen twee soorten bepalingen over informatieverstrekking in de Wvggz van belang, namelijk het onderscheid tussen:

- bepalingen die de arts tot informatieverstrekking verplichten; én
- bepalingen die de arts de mogelijkheid tot informatieverstrekking bieden.

De meeste bepalingen over informatieverstrekking in de Wvggz behoren tot de eerste soort en verplichten de arts dus tot het verstrekken van informatie aan een andere actor. Toestemming van de cliënt of zijn eventuele vertegenwoordiger is in die gevallen niet nodig. Zo is de geneesheer-directeur verplicht om de medische verklaring ten behoeve van een zorgmachtiging, opgesteld door een onafhankelijke psychiater, aan de officier van justitie te verstrekken.¹⁴⁷ Een minderheid van de bepalingen behoort tot de tweede soort en biedt de arts dus de mogelijkheid tot informatieverstrekking. Een voorbeeld is de bepaling waarin is vastgelegd dat de geneesheer-directeur de gemeente van de cliënt kan inlichten over de tijdelijke onderbreking van de verplichte zorg aan de cliënt als voldaan is aan bepaalde omstandigheden.¹⁴⁸

Verplichte informatieverstrekking op basis van de vangnetbepaling

Een arts die de functie van zorgverantwoordelijke of geneesheer-directeur bekleedt, heeft onder omstandigheden ook een bijzondere plicht tot informatieverstrekking.¹⁴⁹ Deze bijzondere plicht, die overigens ook voor de burgemeester, politie en officier van justitie geldt, is opgenomen in de zogenoemde 'vangnetbepaling'. De vangnetbepaling verplicht de genoemde actoren om elkaar gegevens te verstrekken als dit strikt noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen of te beperken én dit hoort bij de uitvoering van een taak die de verstreckende actor op grond van de Wvggz heeft.

Belangrijk om op te merken is dat informatieverstrekking op basis van de vangnetbepaling alleen mag plaatsvinden als een specifieke bepaling voor de informatieverstrekking in de Wvggz ontbreekt (vandaar de benaming 'vangnetbepaling'). Als de Wvggz wel een specifieke bepaling bevat, dan dient die bepaling als grondslag te worden gebruikt. Op het moment dat de geneesheer-directeur, burgemeester, politie of officier van justitie op grond van de vangnetbepaling gegevens verstrekt, moet deze dit bij de zorgverantwoordelijke melden.¹⁵⁰ De reden hiervoor is dat de zorgverantwoordelijke verplicht is om van elke gegevensverstrekking op grond van de vangnetbepaling een aantekening in het dossier van de cliënt te maken.¹⁵¹

Drie veelvoorkomende situaties

Hieronder worden drie veelvoorkomende situaties toegelicht waarin in het kader van de Wvggz door of aan een arts informatie moet of kan worden verstrekt. Een arts die in een van deze situaties terechtkomt, doet er goed aan om te bepalen:

- of hij op grond van de wet een specifieke functie bekleedt (bijvoorbeeld de functie van 'zorgverantwoordelijke' of 'geneesheer-directeur'); en
- of er een (wettelijke) grondslag voor de informatieverstrekking bestaat én of die (wettelijke) grondslag een verplichting, dan wel een mogelijkheid tot informatieverstrekking inhoudt.

¹⁴⁷ Artikel 5:11 lid 1 Wvggz.

¹⁴⁸ Artikel 8:17 lid 8 Wvggz.

¹⁴⁹ Artikel 8:29 lid 1 Wvggz.

¹⁵⁰ Artikel 8:29 lid 2 Wvggz.

¹⁵¹ Artikel 8:4 lid 2 Wvggz.

6.2.1 Medische verklaring voor een zorgmachtiging

Om een zorgmachtiging te kunnen afgeven, heeft de rechter een recente medische verklaring van een onafhankelijke psychiater nodig. Deze medische verklaring moet aan een aantal eisen voldoen.¹⁵² Zo moet de verklaring inzicht bieden in de actuele gezondheidstoestand van de cliënt en moet in de verklaring worden ingegaan op de vraag of uit het gedrag van de cliënt, als gevolg van zijn psychische stoornis, ernstig nadeel voortvloeit. Als sprake is van meervoudige problematiek, kan de verklarend psychiater ook het oordeel van een andere arts vragen. Bijvoorbeeld van een verslavingsarts, een arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde.

Voor het opstellen van de medische verklaring heeft de psychiater informatie nodig. In de Wvggz zijn daarom bepalingen opgenomen die de zorgverantwoordelijke en de geneesheer-directeur verplichten de verklarend psychiater van bepaalde informatie te voorzien:

- de zorgverantwoordelijke moet de psychiater inzage geven in het zorgplan en in de relevante onderdelen van het dossier van de cliënt¹⁵³; en
- de geneesheer-directeur moet aan de psychiater de gegevens verstrekken die hij heeft gekregen van de officier van justitie.¹⁵⁴

De verklarend psychiater kan ten behoeve van de medische verklaring ook de huisarts van de cliënt voor informatie benaderen. In tegenstelling tot de zorgverantwoordelijke en de geneesheer-directeur, is de huisarts echter niet tot informatieverstrekking verplicht. Dit betekent dat de huisarts in principe alleen tot informatieverstrekking aan de verklarend psychiater mag overgaan als hij toestemming van de cliënt of zijn eventuele vertegenwoordiger heeft. Geeft de cliënt of zijn vertegenwoordiger die toestemming niet, dan mag de huisarts de informatie alleen verstrekken als hij meent in een 'conflict van plichten' te verkeren (zie [paragraaf 1.5.4](#)). Hiervan kan zeker sprake zijn ingeval van ernstig nadeel.

6.2.2 Medische verklaring voor een crisismaatregel

De burgemeester kan een crisismaatregel alleen afgeven als hij over een medische verklaring van een onafhankelijke psychiater beschikt. Ook deze verklaring moet aan een aantal eisen voldoen.¹⁵⁵ In de medische verklaring moet de psychiater onder andere zijn bevindingen over de actuele gezondheidstoestand van de cliënt noteren en aangeven of volgens hem sprake is van onmiddellijk dreigend ernstig nadeel dat vermoedelijk wordt veroorzaakt door het gedrag van de cliënt als gevolg van een psychische stoornis.

Voor het opstellen van de medische verklaring heeft de psychiater informatie nodig. De Wvggz verplicht de zorgverantwoordelijke de verklarend psychiater inzage te geven in het zorgplan (als dat er is) en het dossier van de cliënt.¹⁵⁶ Daarnaast bepaalt de wet dat de verklarend psychiater de officier van justitie kan verzoeken om hem de politiegegevens en justitiële en strafvorderlijke gegevens te verstrekken die relevant kunnen zijn bij de beoordeling of sprake is van onmiddellijk dreigend

¹⁵² Artikel 5:8 en 5:9 Wvggz.

¹⁵³ Artikel 8:26 lid 2 Wvggz.

¹⁵⁴ Artikel 5:10 Wvggz.

¹⁵⁵ Artikel 7:1 lid 1 en 3 sub a Wvggz.

¹⁵⁶ Artikel 8:26 lid 2 Wvggz.

ernstig nadeel. De officier van justitie is niet verplicht om deze gegevens te verstrekken; hij kan dit weigeren als het belang van een strafrechtelijk onderzoek zich daartegen verzet.¹⁵⁷

De verklarend psychiater kan ook de huisarts van de cliënt om informatie verzoeken. De huisarts is niet verplicht de gevraagde informatie te verstrekken. Hij mag dit alleen doen met toestemming van de cliënt of zijn eventuele vertegenwoordiger of als hij in een conflict van plichten meent te verkeren, zie [paragraaf 6.2.1](#).

6.2.3 Het overleg voor het opstellen van het zorgplan

Een belangrijke taak van de zorgverantwoordelijke is het opstellen van het zorgplan. Dit doet hij samen met de cliënt en zijn eventuele vertegenwoordiger.¹⁵⁸ Voordat het zorgplan wordt vastgesteld, moet de zorgverantwoordelijke met een aantal personen overleggen.¹⁵⁹ Bijvoorbeeld met de zorgverleners van de cliënt (als hij die al heeft) en zijn huisarts (indien mogelijk), maar ook met de voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten van de cliënt. Dit laatste voor zover de cliënt daarmee heeft ingestemd en er vanuit zorgperspectief geen redenen zijn om een familielid of naaste niet bij het opstellen van het zorgplan te betrekken.

Voor de zorgverleners en de huisarts van de cliënt geldt dat zij niet verplicht zijn om tijdens bovengenoemd overleg informatie over de cliënt met de zorgverantwoordelijke te delen. Zij mogen dit alleen doen met toestemming van de cliënt of zijn eventuele vertegenwoordiger of als zij in een conflict van plichten menen te verkeren, zie [paragraaf 6.2.1](#). Als het zorgplan eenmaal is vastgesteld, wordt het door de geneesheer-directeur beoordeeld en door hem overgedragen aan de officier van justitie.¹⁶⁰

Dit hoofdstuk focust enkel op het aspect van informatieverstrekking. Meer informatie over de Wvggz is na te lezen op de website www.dwangindezorg.nl/wvggz van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

6.3 Informatieverstrekking in het kader van de Wzd

Ook bij de procedures in het kader van de Wzd zijn veel verschillende personen, partijen en instanties betrokken. Bijvoorbeeld: de zorgaanbieder, de zorgverantwoordelijke, de Wzd-functienaris, de deskundige van een andere discipline, de externe deskundige, het CIZ, de verklarend arts, de officier van justitie, de rechter en de IGJ. Hierna wordt wederom gesproken van 'actoren'. Ter uitvoering van hun wettelijke taken hebben de Wzd-actoren informatie van elkaar nodig en ook voor hen geldt dat zij die informatie alleen aan elkaar mogen verstrekken als zij daarvoor een grondslag hebben. In een aantal gevallen biedt een bepaling uit de Wzd die grondslag.

¹⁵⁷ Artikel 7:1 lid 5 Wvggz.

¹⁵⁸ Artikel 5:13 lid 1 Wvggz.

¹⁵⁹ Artikel 5:13 lid 3 Wvggz.

¹⁶⁰ Artikel 5:15 lid 2 Wvggz.

Informatieverstrekking: een verplichting of een mogelijkheid?

Net als bij de Wvggz, is het voor de arts van belang om twee soorten bepalingen in de Wzd over informatieverstrekking van elkaar te onderscheiden, namelijk:

- bepalingen die de arts tot informatieverstrekking verplichten; én
- bepalingen die de arts de mogelijkheid tot informatieverstrekking bieden.

Ook onder de Wzd behoren de meeste bepalingen over informatieverstrekking tot de eerste soort en een minderheid tot de tweede soort. Een voorbeeld van een bepaling die tot informatieverstrekking verplicht, is de bepaling die de zorgaanbieder, Wzd-functionaris, zorgverantwoordelijke en zorgverlener verplichten een melding bij de IGJ te doen als het gegronde vermoeden bestaat dat de uitvoering van de onvrijwillige zorg ernstig tekortschiet.¹⁶¹ Een voorbeeld van een bepaling die een mogelijkheid tot informatieverstrekking biedt, is de bepaling die het voor de zorgaanbieder mogelijk maakt om de relevante familie en naasten van een cliënt en de gemeente te informeren over het ontslag van die cliënt als dat noodzakelijk is omdat de essentiële voorwaarden voor deelname van de cliënt aan het maatschappelijk verkeer ontbreken.¹⁶²

Verplichte informatieverstrekking op basis van de vangnetbepaling

De Wzd kent ook een 'vangnetbepaling' die een bijzondere plicht tot informatieverstrekking bevat.¹⁶³ Net als de vangnetbepaling uit de Wvggz, geldt de vangnetbepaling uit de Wzd voor een beperkt aantal actoren, te weten: de zorgaanbieder, de Wzd-functionaris, de zorgverantwoordelijke, het CIZ, de burgemeester en de officier van justitie. Een arts die de functie van Wzd-functionaris of zorgverantwoordelijke bekleedt, moet zich van deze bijzondere plicht vergewissen. De vangnetbepaling uit de Wzd verplicht de genoemde actoren om elkaar gegevens te verstrekken als dat strikt noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen of te beperken én dit hoort bij de uitvoering van hun taak op grond van de Wzd.

Verstrekking op basis van de vangnetbepaling mag alleen plaatsvinden als een specifieke bepaling voor de informatieverstrekking in de wet ontbreekt. Als de Wzd wel een specifieke bepaling bevat, dan moet die bepaling als grondslag worden gebruikt. Op het moment dat de zorgaanbieder, Wzd-functionaris, burgemeester, officier van justitie of het CIZ op grond van de vangnetbepaling gegevens verstrekt, moet deze dit bij de zorgverantwoordelijke melden.¹⁶⁴ De reden hiervoor is dat de zorgverantwoordelijke verplicht is om van elke gegevensverstrekking op grond van de vangnetbepaling een aantekening in het dossier van de cliënt te maken.¹⁶⁵

Drie veelvoorkomende situaties

In het vervolg worden drie veelvoorkomende situaties toegelicht waarin in het kader van de Wzd door of aan een arts informatie moet of kan worden verstrekt. Een arts die in een van deze situaties terechtkomt, doet er goed aan om te bepalen:

- of hij op grond van de wet een specifieke functie bekleedt (bijvoorbeeld 'zorgverantwoordelijke', 'externe deskundige' of 'Wzd-functionaris'); en
- of er een (wettelijke) grondslag voor de informatieverstrekking bestaat én of die (wettelijke) grondslag een verplichting, dan wel een mogelijkheid tot informatieverstrekking inhoudt.

¹⁶¹ Artikel 60a lid 1 Wzd.

¹⁶² Artikel 48 lid 13 Wzd.

¹⁶³ Artikel 18c lid 1 Wzd.

¹⁶⁴ Artikel 18c lid 3 Wzd.

¹⁶⁵ Artikel 16 lid 2 sub h Wzd.

6.3.1 Overleg voor het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan

Onvrijwillige zorg kan alleen worden verleend als hiervoor een bijzondere besluitvormingsprocedure is doorlopen: het Wzd-stappenplan.¹⁶⁶ Het uitgangspunt van het Wzd-stappenplan is dat onvrijwillige zorg alleen mag worden verleend als dit in het zorgplan is opgenomen. Onvrijwillige zorg kan op zijn beurt alleen in het zorgplan worden opgenomen als de zorgverantwoordelijke dit in multidisciplinair verband heeft overlegd.¹⁶⁷ Een arts kan op verschillende manieren bij het multidisciplinair overleg worden betrokken. Bijvoorbeeld als de 'bij de zorg betrokken arts' of 'deskundige van een andere discipline'. Voor het overleg hebben de betrokken actoren informatie over de cliënt nodig. De Wzd verplicht de zorgverantwoordelijke hen de voor het overleg noodzakelijke gegevens te verstrekken.¹⁶⁸ Voor deze informatieverstrekking is de toestemming van de cliënt of zijn eventuele vertegenwoordiger dus niet vereist. Wel moet de zorgverantwoordelijke hen over het overleg informeren.¹⁶⁹

Het uitgangspunt van de Wzd is dat onvrijwillige zorg alleen als uiterste middel mag worden ingezet om ernstig nadeel te voorkomen of beperken en zo snel mogelijk weer moet worden afgebouwd. Onvrijwillige zorg mag ook slechts voor een beperkte periode in het zorgplan worden opgenomen (in beginsel maximaal 3 maanden).¹⁷⁰ Blijkt het niet mogelijk om onvrijwillige zorg binnen de afgesproken termijn af te bouwen, dan moet de zorgverantwoordelijke een nieuw multidisciplinair overleg organiseren met zorgverleners van hetzelfde deskundigheidsniveau als bij het eerste overleg. Bij het tweede overleg zal de zorgverantwoordelijke ook een 'niet bij de zorg betrokken deskundige' moeten betrekken.¹⁷¹ Ook voor het tweede overleg geldt dat de zorgverantwoordelijke de betrokken actoren van de benodigde informatie moet voorzien.¹⁷² Voor deze informatieverstrekking is toestemming van de cliënt of zijn eventuele vertegenwoordiger niet vereist, maar de zorgverantwoordelijke dient hen hierover wel te informeren.

Ook voor de derde en elke daaropvolgende verlenging van de termijn waarin onvrijwillige zorg mag worden verleend, zal de zorgverantwoordelijke met bepaalde zorgverleners moeten overleggen en hen daarbij van de benodigde informatie voorzien. Welke zorgverleners telkens betrokken moeten worden, staat beschreven in het Wzd-stappenplan.

Voor meer informatie over het multidisciplinair overleg en de verschillende functies die een arts daarin kan hebben, zie het webdossier over de Wzd op [KNMG-website](#) en de 'Handreiking Wzd voor SO/AVG in intramurale setting' van Verenso en de Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) op www.dwangindezorg.nl/wzd/handreikingen.

6.3.2 Informatieverstrekking aan het CIZ

Om een besluit tot opname en verblijf te kunnen afgeven of bij de officier van justitie een verzoek voor een rechterlijke machtiging te kunnen doen, heeft het CIZ informatie nodig. De Wzd verplicht de zorgaanbieder van de cliënt het CIZ inzage te geven in het zorgplan en de relevante onderde-

¹⁶⁶ Artikel 10 tot en met 11a Wzd.

¹⁶⁷ Artikel 10 lid 3 Wzd.

¹⁶⁸ Artikel 10 lid 9 Wzd.

¹⁶⁹ Artikel 10 lid 6 Wzd.

¹⁷⁰ Artikel 10 lid 4 Wzd.

¹⁷¹ Artikel 10 lid 10 Wzd.

¹⁷² Artikel 10 lid 9 Wzd.

len uit het dossier.¹⁷³ Als de informatie uit het zorgplan en dossier ontoereikend is, kan het CIZ vragen of de zorgaanbieder informatie op grond van de vangnetbepaling verstrekt.¹⁷⁴ Hiervoor moet wel zijn voldaan aan de voorwaarden zoals beschreven in [paragraaf 6.3](#).

6.3.3 Medische verklaring voor een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling

De onafhankelijke, ter zake deskundige arts die ten behoeve van een rechterlijke machtiging (RM) of inbewaringstelling (IBS) een medische verklaring opstelt, moet van tevoren overleggen met de zorgaanbieder die de cliënt zorg verleent of, als die ontbreekt, met de huisarts van de cliënt.¹⁷⁵

De zorgaanbieder en huisarts hebben geen wettelijke plicht om de verklarend arts van informatie te voorzien. Strikt genomen mag de zorgaanbieder of huisarts dus alleen tot informatieverstrekking overgaan als de cliënt of zijn eventuele vertegenwoordiger daarvoor toestemming heeft gegeven. Doet de cliënt of zijn vertegenwoordiger dat echter niet, dan mag de zorgaanbieder of huisarts de informatie toch verstrekken als hij meent in een 'conflict van plichten' te verkeren (zie [paragraaf 1.5.4](#)). Als sprake is van ernstig nadeel, kan dit zeker het geval zijn.

Dit hoofdstuk focust enkel op het aspect van informatieverstrekking. Meer informatie over de Wzd is na te lezen op de website www.dwangindezorg.nl/wzd van het ministerie van VWS en het webdossier dat de KNMG (in opdracht van het ministerie van VWS) op haar website heeft ingericht, zie de [KNMG-website](#).

¹⁷³ Artikel 18b lid 1 Wzd.

¹⁷⁴ Artikel 18c lid 1 Wzd.

¹⁷⁵ Artikel 27 lid 3 Wzd (RM) en artikel 30 lid 3 Wzd (IBS).

Hoofdstuk 7

Informatieverstrekking in kader van medische beoordelingen

Bij de arbeidsongeschiktheid van een werknemer, de indicatiestelling voor langdurige zorg of het aangaan van een levensverzekering moet er soms een medische beoordeling plaatsvinden. Dat geldt ook voor verschillende andere situaties. Bij zo'n medische beoordeling worden niet alleen vaak medische gegevens uitgewisseld tussen verschillende artsen, maar ook tussen bijvoorbeeld de arts en de werkgever, de indicatiesteller of het UWV. In dit hoofdstuk gaan we in op de regels die in het algemeen gelden voor informatieverstrekking in het kader van medische beoordelingen (paragraaf 7.1) en in specifieke situaties (paragraaf 7.2 en verder).

7.1 Medische beoordelingen

Onder medische advisering, beoordeling of indicatie wordt verstaan dat een arts - meestal in opdracht van een derde - een oordeel geeft over de gezondheidstoestand van een individu. Daartoe verzamelt hij de informatie die nodig is om zich een goed beeld van de gezondheidstoestand te vormen.

Dit hoofdstuk gaat over het gebruik van medische gegevens in het kader van een 'medische advisering, beoordeling of indicatie'. Voor het gemak gebruiken we hiervoor de term 'medische beoordeling'. Om tot die beoordeling te komen, vormt de arts zich een beeld van de gezondheid van een individu. Dit doet hij door hem vragen te stellen en/of onderzoek bij hem te verrichten. Daarnaast kan de arts zijn eigen anamnese en/of onderzoek eventueel aanvullen met nadere informatie die hij inwint bij artsen uit de behandelende sector.

De arts, ook wel medisch adviseur genoemd, die de beoordeling uitvoert, moet als arts in het BIG-register staan ingeschreven.¹⁷⁶ De reden hiervoor ligt in de voor de medische beoordeling benodigde medische kennis en expertise. Degene bij wie de medische beoordeling wordt verricht, duiden we in dit hoofdstuk vaak aan als 'betrokkene'.

¹⁷⁶ Zie [Beroepscode voor Medisch Adviseurs werkzaam in Particuliere Verzekeringszaken en/of Personenschadezaken](#).

7.1.1 Uitgangspunten voor gegevensuitwisseling bij medische beoordelingen

Voor gegevensuitwisseling in het kader van medische beoordelingen gelden de volgende uitgangspunten:

- 1) Tijdens een medische beoordeling mogen alleen die medische gegevens worden verzameld, die strikt noodzakelijk zijn voor het doel van die beoordeling.
- 2) Bij het verrichten van een medische beoordeling komt de arts op basis van een (persoonlijk) contact met de betrokkene tot een weloverwogen sociaal-medisch oordeel en advies.
- 3) Een medische beoordeling moet uitgevoerd worden door een onafhankelijk en deskundig arts.

1) Alleen de noodzakelijke gegevens

Het eerste uitgangspunt bij een medische beoordeling is dat de aard en omvang van de informatie die een arts in dit kader verzamelt, afgestemd zijn op het doel van de medische beoordeling. Het verzamelen van meer medische gegevens of andere gegevens dan strikt noodzakelijk voor dit doel, vormt een inbreuk op de privacy van de betrokkene en is daarom niet toegestaan.

Dit betekent dat bij elke beoordeling het doel helder moet zijn. Zo heeft een medische beoordeling voor een particuliere levensverzekering als doel om in te schatten of er bij de (aspirant-) verzekerde sprake is van een al dan niet verhoogd overlijdensrisico. Ook kan een medische beoordeling tot doel hebben om vast te stellen of de betrokkene aanspraak kan maken op een uitkering of op een bepaalde voorziening. Daarnaast kan het doel van een medische beoordeling zijn om de medische geschiktheid van de betrokkene te toetsen voor het verrichten van specifieke activiteiten. Dit geldt bijvoorbeeld voor een rijbewijs-, aanstellings- of sportkeuring (zie voor de aanstellingskeuring [paragraaf 7.7.1](#) en voor de rijbewijskeuring [paragraaf 7.9](#)).

2) Contact met betrokkene

Een tweede uitgangspunt is dat de arts bij een medische beoordeling in beginsel op basis van een (persoonlijk) contact met de betrokkene tot een sociaal-medisch oordeel en advies komt.¹⁷⁷ Tijdens dit contact kan hij vragen aan de betrokkene stellen en zo nodig een medisch onderzoek verrichten. Meent de arts dat hij voldoende (schriftelijke) informatie heeft om op basis daarvan een conclusie te trekken, dan kan een nader medisch onderzoek achterwege blijven. De arts moet dan duidelijk en gemotiveerd in zijn rapportage weergeven waarom dat in dit geval niet noodzakelijk was om tot een weloverwogen sociaal-medisch oordeel te komen.

3) Onafhankelijk en deskundig arts

Ten derde moet een medische beoordeling worden uitgevoerd door een onafhankelijk en deskundig arts. Daarmee wordt een scheiding tussen behandeling en controle gewaarborgd.

7.1.2 Informatieverstrekking door de behandelend arts

Het kan zijn dat een medisch adviseur voor een (sociaal-)medische beoordeling nadere informatie nodig heeft van de behandelend arts. Hij mag deze informatie alleen opvragen als hij daarvoor gerichte toestemming heeft van de betrokkene. De betrokkene geeft deze toestemming door middel van een machtiging (zie hiervoor [paragraaf 1.5.1.1](#)).

¹⁷⁷ Zie bijvoorbeeld: RTG Amsterdam 3 maart 2020, 2019/333, ECLI:NL:TGZRAMS:2020:32.

De patiënt kan ook zelf informatie opvragen bij zijn behandelend arts ten behoeve van een medische beoordeling. Bijvoorbeeld als hij een aanvraag wil doen voor een voorziening. In de praktijk blijkt dat patiënten daarvoor soms een kopie van hun hele dossier opvragen. Het recht van de patiënt op een afschrift van het dossier is daar echter niet voor bedoeld. Bovendien is het overdragen van een heel dossier aan een instantie doorgaans niet proportioneel. De KNMG vindt deze handelwijze dan ook onjuist en adviseert informatieverstrekken artsen om de patiënt hierop te wijzen.

Zie voor de uitgangspunten bij het verstrekken van medische gegevens aan derden [paragraaf 1.6](#).

7.1.3 Eisen aan de rapportage

Nadat de beoordelend arts zijn medische beoordeling heeft uitgevoerd, schrijft hij een rapportage. Deze moet aan verschillende eisen voldoen.

De rapportage van de beoordelend arts moet volgens vaste tuchtrechtspraak voldoen aan de volgende eisen:

- Het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust.
- Uit het rapport blijkt dat de arts een geschikte onderzoeksmethode heeft gebruikt om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden.
- In het rapport zet de arts op inzichtelijke en consistente wijze uiteen op welke gronden de conclusies van het rapport steunen.
- Het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust, inclusief de gebruikte literatuur en de geconsulteerde personen.
- De rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.

Als het tuchtcollege een rapportage moet beoordelen, toetst het ten volle of het onderzoek door de beoordelend arts vakkundig en zorgvuldig is uitgevoerd en voldoet aan de daaraan gestelde eisen. Ten aanzien van de conclusie beoordeelt het college of de beoordelend arts in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen.

Betreft het een rapport van een arts die in een juridische context als deskundige heeft opgetreden? Raadpleeg dan voor meer informatie de [NVMSR-richtlijn medisch specialistische rapportage in bestuurs- of civielrechtelijk verband](#).

7.1.4 Rapportage aan opdrachtgever

Als de beoordelend arts is ingeschakeld door de medisch adviseur van de opdrachtgever, dan rapporteert de arts de bevindingen uit zijn onderzoek aan die medisch adviseur. De medisch adviseur verstrekt op grond van die bevindingen een advies aan de opdrachtgever. Dit advies kan bijvoorbeeld zijn dat de betrokkene al dan niet geaccepteerd kan worden voor een verzekering, al dan niet in aanmerking komt voor een uitkering of voorziening, of al dan niet geschikt is voor de uitvoering van bepaalde activiteiten.

Maakt de opdrachtgever geen gebruik van een medisch adviseur en rapporteert de beoordelend arts rechtstreeks aan de opdrachtgever? Dan verstrekt hij de opdrachtgever alleen een conclusie op grond van zijn bevindingen uit het onderzoek.

Vanwege dit onderscheid tussen een rapportage aan een medisch adviseur en een rapportage direct aan de opdrachtgever is het belangrijk dat de beoordelend arts zich ervan vergewist of de opdrachtgever een medisch adviseur heeft ingeschakeld en zo ja, welke.

7.1.5 Blokkeringsrecht en recht op inzage en correctie

Als een arts een medische beoordeling heeft verricht, vraagt hij aan de betrokkene of deze de uitslag en gevolgtrekking van het onderzoek wil vernemen. Bij sommige medische beoordelingen geeft de wet de betrokkene een zogenoemd 'blokkeringsrecht'.

Dit blokkeringsrecht houdt in dat de betrokkene het recht heeft om als eerste kennis te nemen van de uitslag en gevolgtrekking van het onderzoek, die in het (concept)rapport staan. De betrokkene heeft vervolgens het recht om te verhinderen dat deze informatie ter kennis van de opdrachtgever wordt gebracht (blokkering).¹⁷⁸ Het blokkeringsrecht houdt niet in dat de betrokkene mag vragen om het conceptrapport aan te passen, tenzij het feitelijke onjuistheden betreft.

Procedure bij blokkeringsrecht

Het blokkeringsrecht geldt voor alle medische beoordelingen, tenzij bij wet is geregeld dat het voor een bepaald soort keuring niet geldt (zie hierna). Is het blokkeringsrecht van toepassing, dan stuurt de beoordelend arts zijn (concept)rapport met een begeleidende brief naar de betrokkene. In die brief geeft hij de betrokkene een redelijke termijn om te melden of hij van zijn blokkeringsrecht gebruik wil maken. In de regel is een termijn van twee weken redelijk.¹⁷⁹ Ook geeft de arts de betrokkene de gelegenheid om feitelijke onjuistheden te corrigeren.

Maakt de betrokkene gebruik van zijn blokkeringsrecht, dan informeert de beoordelend arts de opdrachtgever daarover. De opdrachtgever kan daar zijn eigen conclusies aan verbinden.

Geen blokkeringsrecht

Er zijn ook medische beoordelingen waarbij de betrokkene volgens de WGBO geen blokkeringsrecht heeft. Dit zijn:¹⁸⁰

- medische beoordelingen in het kader van lopende arbeidsovereenkomsten (bijvoorbeeld arbeidsgeschiktheid);
- medische beoordelingen in het kader van lopende private verzekeringen (bijvoorbeeld een private schadeverzekering);
- medische beoordelingen in het kader van opleidingen die de betrokkene reeds volgt.

¹⁷⁸ Artikel 7:464 lid 2 onder b BW.

¹⁷⁹ Zie ook [NVMSR-richtlijn Medisch specialistische rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk verband](#), april 2016, par. 7.8.

¹⁸⁰ Artikel 7:464 lid 2 onder b BW.

Daarnaast zijn er medische beoordelingen waarbij de betrokkene volgens een andere, specifieke wet geen blokkeringsrecht heeft. Dit zijn bijvoorbeeld:

- medische beoordelingen in het kader van de Arbeidsomstandighedenwet (met uitzondering van een second opinion door een andere bedrijfsarts¹⁸¹);
- medische beoordelingen in het kader van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (SUWI). De Participatiewet valt hier ook onder.

In de praktijk wordt algemeen aangenomen dat het blokkeringsrecht ook niet geldt voor medische beoordelingen van verdachten en veroordeelden in een strafrechtelijke context. Een formele wettelijke basis hiervoor ontbreekt echter.

Ook bij rapportages over medische beoordelingen waarin de betrokkene geen blokkeringsrecht toekomt, is het een goed gebruik om de betrokkene eerst een conceptrapport toe te sturen en hem de gelegenheid te geven om – binnen een redelijke termijn – feitelijke onjuistheden te corrigeren.

7.1.6 Bewaren van medische gegevens

Een arts mag gegevens die hij bij een medische beoordeling heeft verkregen, bewaren zolang dat redelijkerwijs nodig is gezien het doel van de beoordeling. Hoe lang dat precies is, hangt af van de omstandigheden, zoals het doel van de beoordeling en/of de beslissing die op basis hiervan is genomen.

7.2 Beoordelingen in het kader van bedrijfsgeneeskunde (arbeid, arbeidsverzuim en re-integratie)

Een bedrijfsarts is een geneeskundig specialist op het gebied van arbeid en gezondheid. Vanwege zijn specifieke taken is de bedrijfsarts zowel adviseur van de werknemer als van de werkgever. Hij houdt op zorgvuldige wijze een medisch dossier van de werknemer bij. Het is belangrijk dat de bedrijfsarts bij de uitvoering van zijn taken de privacy van de individuele werknemers goed bewaakt. Wordt hij gevraagd om medische gegevens van werknemers te verstrekken aan derden, dan moet hij zich houden aan het toestemmings- en noodzakelijkheidsvereiste. In deze paragraaf gaan we nader in op de regels voor gegevensuitwisseling binnen de bedrijfsgeneeskunde.

7.2.1 Onderscheid vrijwillige en verplichte spreekuurcontacten

In de bedrijfsgezondheidszorg wordt onderscheid gemaakt tussen 'vrijwillige spreekuurcontacten' en 'verplichte spreekuurcontacten'. Dit onderscheid is van belang voor de geheimhoudingsplicht van de arts.

Vrijwillige spreekuurcontacten

Vrijwillige spreekuurcontacten tussen bedrijfsarts en werknemer vinden plaats op initiatief van de werknemer. Het gaat hier bijvoorbeeld om een arbeidsomstandighedenspreekuur, een niet-verplicht Preventief Medisch Onderzoek (PMO) of een vrijwillige health check. Op de informatie uit

¹⁸¹ Artikel 2.14d lid 5 Arbeidsomstandighedenbesluit.

deze vrijwillige contacten is het beroepsgeheim volledig van toepassing: alleen met gerichte toestemming van de werknemer mag de bedrijfsarts gegevens uit deze spreekuurcontacten aan derden verstrekken. De werknemer kan deze toestemming zowel schriftelijk als mondeling geven.

Verplichte spreekuurcontacten

Verplichte spreekuurcontacten vinden in de regel plaats in opdracht van de werkgever. Het gaat hier in de eerste plaats om de (sociaal-)medische begeleiding en re-integratie van werknemers die wegens ziekte verzuimen. Daarnaast gaat het om verplichte medische beoordelingen en om overige verplichte onderzoeken. Voor informatie die de bedrijfsarts uit deze contacten verkrijgt, geldt in principe het beroepsgeheim. Maar op grond van specifieke wetgeving moet de arts bepaalde informatie wel aan derden verstrekken. Het gaat dan meestal om informatieverstrekking aan de werkgever of aan re-integratiebedrijven, maar ook bijvoorbeeld om medische informatieverstrekking aan het UWV.¹⁸² De bedrijfsarts informeert de werknemer over deze informatieverstrekking.

Het onderscheid tussen vrijwillige en verplichte spreekuurcontacten is ook van belang voor de inrichting van het dossier van de bedrijfsarts. Daarover leest u meer in het [KNMG-advies voor inrichting en overdracht van het bedrijfsgeneeskundig dossier](#) en de [Leidraad bedrijfsarts en privacy van NVAB en OVAL](#).

7.2.2 Gegevensuitwisseling tussen bedrijfsarts en werkgever bij ziekteverzuimbegeleiding

De bedrijfsarts verricht in opdracht van de werkgever de (sociaal-)medische begeleiding van werknemers die verzuimen wegens ziekte. In het kader van deze taak mag de bedrijfsarts bepaalde informatie over de werknemer aan de werkgever verstrekken. Daarbij gaat het alleen om informatie die strikt noodzakelijk is voor een goede re-integratie en voor het bepalen van het recht op loon-doorbetaling door de werkgever. Voorbeelden van noodzakelijke informatie zijn gegevens over de beperkingen en mogelijkheden van de werknemer, eventuele aanpassingen of voorzieningen in het kader van de werkhervatting of re-integratie, en een indicatie van de verwachte duur van het verzuim. De bedrijfsarts mag deze gegevens – desnoods – ook zonder toestemming van de werknemer aan de werkgever verstrekken. Wel is het de bedoeling dat hij de werknemer vooraf op de hoogte stelt van de strekking/inhoud van het advies dat hij aan de werkgever gaat geven. De bedrijfsarts dient het advies gelijkluidend en tegelijkertijd aan de werkgever en werknemer te verstrekken.

Extra informatie verstrekken

Als de bedrijfsarts het noodzakelijk vindt om andere of meer dan de toegestane informatie aan de werkgever te verstrekken, dan bespreekt hij dit met de werknemer en vraagt hij hiervoor expliciete, gerichte toestemming. De bedrijfsarts moet terughoudend omgaan met deze mogelijkheid om met toestemming van de werknemer extra gegevens te verstrekken. Door de gezagsverhouding valt namelijk niet uit te sluiten dat de werknemer zich gedwongen voelt om toestemming te geven. In dat geval is er geen sprake van een vrije keuze en is de toestemming niet geldig.

¹⁸² Artikel 54 lid 3 onder c Wet SUWI.

Alleen met gerichte toestemming van de werknemer mag een bedrijfsarts de volgende informatie aan diens werkgever verstrekken:

- een nadere onderbouwing van zijn advies. Toestemming is in dit geval alleen nodig als hierbij privacygevoelige informatie, zoals gezondheidsgegevens, wordt verstrekt;
- advies over interventies die al dan niet door de werkgever worden betaald. In dit geval is toestemming nodig als uit de aard van de interventie te herleiden valt wat de aard is van de achterliggende problematiek;
- meldingen over vangnetsituaties of regresmogelijkheden. Dit lichten we hieronder toe.

Vangnetsituaties

In sommige situaties geldt voor zieke werknemers de Ziektewet (uitkering) als vangnet. Van een vangnetsituatie is bijvoorbeeld sprake bij ziekte door zwangerschap of bevalling, ziekte door orgaandonatie of als een werknemer een no-riskpolis heeft. De bedrijfsarts heeft geen wettelijke plicht om de werkgever over een mogelijke vangnetsituatie te informeren. Hij mag hier alleen melding van maken als hij daar expliciete toestemming van de werknemer voor heeft. Maar zelfs als een werknemer expliciete toestemming heeft gegeven, mag de bedrijfsarts de werkgever niet vertellen welke vangnetsituatie van toepassing is of zou kunnen zijn. Hij mag dan alleen melden dat er sprake is van een mogelijke vangnetsituatie.

Regres

In sommige situaties kan het verzuim van een zieke werknemer het gevolg zijn van een ongeval of incident waarvoor een andere persoon aansprakelijk is. In dat geval kan er een regresmogelijkheid zijn: een mogelijkheid om kosten voor de werkgever die uit het ongeval voortvloeien, op de aansprakelijke persoon te verhalen.¹⁸³ Het melden van een regresmogelijkheid is niet de verantwoordelijkheid van de bedrijfsarts.

Meer informatie:

[Leidraad bedrijfsarts en privacy \(NVAB en OVAL\)](#)

[KNMG-code voor gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie \(deel B onder 3\)](#)

7.2.3 Verwijzingen door de bedrijfsarts

Bij arbeidsrelevante aandoeningen mogen bedrijfsartsen werknemers naar andere zorgverleners verwijzen voor nadere diagnostiek of behandeling. Zo kunnen zij verwijzen naar medisch-specialistische zorg, paramedische zorg of geestelijke gezondheidszorg. De bedrijfsarts mag alleen verwijzen als hij de werknemer hierover heeft geïnformeerd en de werknemer hiervoor toestemming heeft gegeven. Daartoe ondertekent de werknemer een verwijsbrief. Daarnaast geldt als uitgangspunt dat de verwijzing, met toestemming van de werknemer, geschiedt in samenspraak met de huisarts.

¹⁸³ Artikel 6:107a lid 2 BW.

Verder moet de werknemer er toestemming voor geven dat de hulpverlener naar wie wordt verwezen, zijn bevindingen terugkoppelt aan de bedrijfsarts en huisarts. Voor deze gegevensuitwisseling tekent de werknemer een machtiging.

Meer informatie:

[Leidraad Verwijzen door de bedrijfsarts \(NVAB\)](#)

7.2.4 Gegevensuitwisseling tussen bedrijfsarts en behandelend artsen

De bedrijfsarts kan na eigen onderzoek behoefte hebben om gegevens uit te wisselen met de behandelend huisarts of medisch specialist van een werknemer. Daarbij kan het gaan om het uitwisselen van feitelijke gegevens en om afstemming en overleg, die noodzakelijk zijn in het kader van behandeling, verzuimbegeleiding of re-integratie.

Voor deze gegevensuitwisseling gelden in principe de algemene uitgangspunten voor gegevensuitwisseling zoals beschreven in [paragraaf 1.6](#).

In het kader van de uitvoering van werknemersverzekeringen zijn soms ook verzekeringsartsen betrokken bij cliënten van de bedrijfsarts. Zij beoordelen bijvoorbeeld bij langdurende arbeidsongeschiktheid wat de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn. Op basis daarvan bepalen zij of de werknemer in aanmerking komt voor een wettelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering (zie ook [paragraaf 7.3](#)).

Meer informatie:

[KNMG-code voor gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie](#)
[Leidraad Verwijzen door de bedrijfsarts \(NVAB\)](#)

7.2.5 Gegevensuitwisseling tussen bedrijfsarts en UWV

Het UWV kan op verzoek of uit eigen beweging gegevens verstrekken aan een gecertificeerde arbodienst of een geregistreerde bedrijfsarts.¹⁸⁴ Daarbij gaat het alleen om gegevens en inlichtingen die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de ziekteverzuimbegeleiding.

Daarnaast is de bedrijfsarts verplicht om aan het UWV gegevens en inlichtingen te verstrekken in het kader van de Wet SUWI.¹⁸⁵ Dit mag hij ook doen zonder toestemming van de werknemer. Met het oog op de privacybescherming van de werknemer en de geheimhoudingsplicht van de bedrijfsarts verstrekt de bedrijfsarts alleen noodzakelijke informatie. Dit volgt ook uit de [KNMG-code voor gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie](#).

¹⁸⁴ Artikel 73 lid 4 Wet SUWI.

¹⁸⁵ Artikel 54 lid 3 onder c wet SUWI.

7.3 Gegevensuitwisseling in het kader van verzekeringsgeneeskunde (sociale verzekeringen)

Bij de uitvoering van de verschillende sociale verzekeringen zijn verzekeringsartsen betrokken. Daarbij gaat het onder andere om de Ziektewet (ZW), de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO), de Wet arbeid en zorg (WAZO) en de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong). In dit kader hebben de verzekeringsartsen onder meer tot taak om te beoordelen welke mogelijkheden een cliënt heeft om terug te keren in het arbeidsproces. De verzekeringsartsen die deze taak uitvoeren, zijn meestal in dienst van het UWV.

Beroepsgeheim

Alle informatie die de verzekeringsarts bij de uitvoering van deze werkzaamheden over zijn cliënt te weten komt, valt onder het beroepsgeheim. Dat geldt ook voor zijn conclusies. De verzekeringsarts kan zijn beroepsgeheim alleen doorbreken als de cliënt hem daarvoor schriftelijke toestemming geeft of als de wet hem daartoe verplicht of de mogelijkheid biedt.

7.3.1 Informatieverstrekking door behandelend arts

Als een verzekeringsarts werkzaamheden uitvoert in het kader van de sociale verzekeringen, geldt daarvoor het uitgangspunt dat hij tot een weloverwogen sociaal-medisch oordeel en advies komt op basis van een (persoonlijk) contact met de cliënt. Zo nodig vraagt hij aanvullende gegevens op bij de behandelend arts(en) van de cliënt. De behandelend arts mag deze gegevens alleen verstrekken met toestemming van de cliënt. In [paragraaf 1.6](#) staan de uitgangspunten die daarvoor gelden.

7.3.2 Informatieverstrekking door verzekeringsarts

Een verzekeringsarts mag zonder toestemming van de cliënt gegevens verstrekken aan professionals die binnen de uitvoering van de sociale verzekering werkzaam zijn en die deze gegevens voor hun taakuitoefening nodig hebben. De verzekeringsarts mag echter niet meer gegevens verstrekken dan noodzakelijk is voor die taakuitoefening. Als de verzekeringsarts het noodzakelijk vindt om andere of meer dan de toegestane gegevens te verstrekken, dan bespreekt hij dit met de cliënt en vraagt hij hiervoor expliciete, gerichte toestemming. Denk hierbij bijvoorbeeld aan situaties waarin het nodig is om de arbeidsdeskundige medische informatie te geven voor een adequate uitvoering van het arbeidsdeskundig onderzoek. Bij Wajong-beoordelingen kan dat zelfs vaker voorkomen, bijvoorbeeld als sprake is van ontwikkelingsstoornissen.¹⁸⁶

7.4 Gegevensuitwisseling bij indicatiestelling binnen het sociaal domein

Gemeenten hebben verantwoordelijkheden en taken op het gebied van zorg, participatie, zelfredzaamheid, werk en jeugdhulp. Deze taken zijn geregeld in onder meer Wmo 2015, de Participatiewet en de Jeugdwet. Zo kunnen inwoners die niet zelfredzaam zijn ondersteuning of een voorziening aanvragen bij de gemeente. Ook kunnen inwoners een beroep doen op de gemeente voor jeugdhulp.

¹⁸⁶ Zie UWV-Richtlijn Ontwikkelingsstoornissen Wajong.

De gemeente kan voor het uitoefenen van deze taken artsen om informatie vragen. Bijvoorbeeld om te kunnen beoordelen of iemand een Wmo-voorziening of een bepaalde vorm van jeugdhulp nodig heeft. In het algemeen geldt dat artsen deze informatie mogen verstrekken, mits ze niet meer informatie geven dan noodzakelijk is. Zie verder [paragraaf 5.2](#).

7.5 Gegevensuitwisseling indicatiestelling voor langdurige zorg

De Wet langdurige zorg (Wlz) geeft recht op zorg aan verzekerden die dagelijks 24 uur intensieve zorg of toezicht nodig hebben. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om ouderen met vergevorderde dementie, mensen met een ernstige verstandelijke of lichamelijke beperking en om mensen met een psychische aandoening die een voortgezette behandeling met verblijf in een ggz-instelling nodig hebben.

Om toegang te krijgen tot een voorziening uit de Wlz moet de patiënt een indicatie hebben van het CIZ. De patiënt, of diens vertegenwoordiger, vraagt deze Wlz-indicatie zelf aan bij het CIZ. Ook kan hij een persoon of organisatie hiertoe machtigen. Daarvoor moet een machtigingsformulier worden ingevuld dat de patiënt, of diens vertegenwoordiger, altijd zelf moet ondertekenen.

Verstrekking van medische informatie bij de aanvraag

Het CIZ heeft informatie nodig om een indicatie voor Wlz-zorg te kunnen geven. Bij de aanvraag verstrekt de patiënt, of diens vertegenwoordiger, daartoe relevante gegevens. De patiënt, of diens vertegenwoordiger, kan deze informatie opvragen bij zijn arts of behandelaar. De arts bekijkt met de patiënt welke gegevens voor de aanvraag relevant zijn. De KNMG adviseert in dit kader om alleen de informatie te verstrekken die noodzakelijk is voor de aanvraag en om niet het hele medisch dossier aan de patiënt of het CIZ te geven.

Opvragen van aanvullende informatie door het CIZ

Nadat het CIZ de aanvraag van de patiënt, of diens vertegenwoordiger, heeft ontvangen, beoordeelt het of de aanvraag direct afgehandeld kan worden of dat nader onderzoek bij de patiënt nodig is. Om een juiste indicatie te stellen kan het CIZ aanvullende informatie nodig hebben van de behandelend arts. De medisch adviseur van het CIZ moet in dat geval gericht aangeven welke aanvullende medische gegevens hij nodig heeft voor de indicatie. De behandelend arts mag die informatie verstrekken als de patiënt daarvoor uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven. De medisch adviseur/indicierend arts van het CIZ is ervoor verantwoordelijk om die toestemming vooraf aan de patiënt te vragen. Het uitgangspunt is dat de behandelend arts alleen noodzakelijke informatie van feitelijke aard verstrekt. De arts verstrekt in beginsel geen volledig medisch dossier.

7.6 Gegevensuitwisseling in het kader van een zorgverzekering

Zorgverzekeraars mogen persoonsgegevens over de gezondheid van hun verzekerden verwerken als dat noodzakelijk is voor de uitvoering van een zorgverzekering of een (aanvullende) ziektekostenverzekering.¹⁸⁷ In deze paragraaf bespreken we in dit verband twee situaties:

- het acceptatieonderzoek bij het aangaan van een aanvullende ziektekostenverzekering;
- de beoordeling van een aanspraak op zorg (machtiging, declaratie of restitutie).

¹⁸⁷ Artikel 86-93a Zvw en artikel 30 lid 3 sub b UAVG.

In [paragraaf 5.4](#) gaan we in op de materiële controle door zorgverzekeraars, waarbij de zorgverzekeraar de rechtmatigheid en doelmatigheid onderzoekt van gedeclareerde zorg.

7.6.1 Gegevensuitwisseling bij het aangaan van een aanvullende ziektekostenverzekering

Voor de basisverzekering geldt een acceptatieplicht.¹⁸⁸ Zorgverzekeraars mogen voor het afsluiten van een dergelijke verzekering geen medische gegevens opvragen. Dit geldt niet voor het afsluiten van een aanvullende ziektekostenverzekering. Deze aanvullende verzekeringen vallen niet onder de Zorgverzekeringswet, maar zijn privaatrechtelijk van aard.

Bij een aanvraag voor een aanvullende verzekering moet de aspirant-verzekerde vaak een vragenlijst invullen. Deze gegevens worden beoordeeld onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur. Op basis van deze beoordeling kan de zorgverzekeraar de aanvraag al dan niet accepteren. Heeft de zorgverzekeraar onvoldoende gegevens om tot acceptatie of afwijzing over te gaan? Dan kan hij aanvullende feitelijke medische gegevens opvragen bij de zorgaanbieder. Dit kan alleen met gerichte toestemming van de aanvrager van de verzekering.

Komt de verzekeringsovereenkomst niet tot stand, dan mag de verzekeraar de gezondheidsgegevens tot maximaal twaalf maanden na de aanvraag bewaren.¹⁸⁹ De verzekeraar mag de gegevens die hij voor het aangaan van een aanvullende verzekering heeft verkregen, niet voor een ander doel gebruiken.

7.6.2 Gegevensuitwisseling bij de beoordeling van een aanspraak op zorg

Niet alle zorg wordt zonder meer door de zorgverzekeraar vergoed. Het gaat dan bijvoorbeeld om bepaalde plastisch chirurgische ingrepen of farmaceutische zorg. Voor dergelijke zorg moet de verzekerde vooraf toestemming vragen aan de zorgverzekeraar. Alleen als de zorgverzekeraar een machtiging heeft afgegeven, worden de kosten vergoed.

Gegevensuitwisseling bij machtigingen

Afhankelijk van de situatie kan de verzekerde zelf, of kan een zorgaanbieder namens de verzekerde, een machtigingsaanvraag indienen. De medisch adviseur van de verzekeraar beoordeelt de aanvraag. Daarvoor kan hij medische gegevens nodig hebben. Heeft de verzekerde zelf een aanvraag ingediend? Dan mag de medisch adviseur de medische informatie alleen bij zijn zorgaanbieder opvragen als de verzekerde daar uitdrukkelijk toestemming voor heeft gegeven. Heeft een zorgaanbieder namens de verzekerde een aanvraag ingediend? Dan mag de zorgaanbieder uitsluitend medische gegevens meesturen als hij daarvoor uitdrukkelijke toestemming heeft gekregen van de verzekerde. Als de medisch adviseur vragen heeft over de informatie die de zorgaanbieder heeft verstrekt, kan hij deze zorgaanbieder vragen om een toelichting. Daarvoor hoeft niet opnieuw toestemming gevraagd te worden aan de verzekerde, behalve als onvoldoende aannemelijk is dat de eerder gegeven toestemming ook geldt voor deze aanvullende informatie.

¹⁸⁸ Artikel 3 lid 1 Zvw.

¹⁸⁹ Artikel 4.0.7 uit [Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars](#).

Gegevensuitwisseling bij declaraties

Verzekeraars mogen gegevens van patiënten gebruiken die noodzakelijk zijn om de geleverde zorg (financieel) te kunnen verwerken. De verzekeraars gebruiken deze gegevens niet voor het beoordelen van de medische toestand van een patiënt, maar alleen voor het administratieve proces rondom de rechtmatigheid van de financiering van de geleverde zorg. Daarom vallen deze gegevens niet onder de reikwijdte van het opvragen van medische informatie. De verzekeraars moeten de gegevens wel als medische gegevens beheren.

Privacyverklaring ggz

Verzekerden die specialistische ggz ontvangen, kunnen bezwaar maken tegen het verstrekken van diagnose-informatie op de declaratie aan de zorgverzekeraar. De verzekerde kan dit aangeven bij zijn zorgaanbieder. De verzekerde en zorgaanbieder moeten hiervoor een privacyverklaring ondertekenen, waarin zij aangeven dat gegevens die herleidbaar zijn tot de diagnose niet op de factuur en in het Diagnose Behandel Combinatie (DBC) Informatie Systeem mogen worden opgenomen. Na ontvangst van de ondertekende privacyverklaring mag de zorgverzekeraar geen informatie bij de zorgaanbieder opvragen die herleidbaar is tot de diagnose. Ook mag de verzekeraar dergelijke informatie niet opvragen bij de verzekerde ten behoeve van een machtiging.

Meer informatie:

[Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars \(Zorgverzekeraars Nederland\)](#)

7.7 Gegevensuitwisseling bij keuringen voor particuliere verzekeringen en aanstellingen

In de Wmk zijn nadere specificaties en beperkingen opgenomen voor het verzamelen van informatie tijdens een medische beoordeling. De wet is van toepassing op aanstellingskeuringen en op medische keuringen bij het aangaan van een particuliere pensioen-, levens- of arbeids-ongeschiktheidsverzekering.

In de wet staat dat deze keuringen moeten worden beperkt tot het doel waarvoor zij worden verricht en dat keuringsgegevens alleen mogen worden gebruikt voor het doel waarvoor zij zijn verkregen.¹⁹⁰ Daarnaast mag de arts bij een keuring geen vragen stellen en geen medische onderzoeken verrichten die een onevenredige inbreuk maken op de persoonlijke levenssfeer van degene die gekeurd wordt.¹⁹¹ Daarbij valt te denken aan het vragen naar de kans op een ongeneeslijke ernstige ziekte. Ook stelt de wet grenzen aan het verzamelen van informatie over erfelijke aandoeningen.¹⁹²

Een arts die een opdracht voor een medische beoordeling aanneemt, moet zich zorgvuldig oriënteren op het doel van de gevraagde beoordeling en op de aard en omvang van de medische informatie die hij voor dat doel moet verzamelen. De opdrachtgever moet de beoordelend arts daartoe een voldoende gespecificeerde opdracht verstrekken. De beoordelend arts heeft een

¹⁹⁰ Artikel 2 Wmk.

¹⁹¹ Artikel 3 Wmk.

¹⁹² Artikel 5 lid 1 Wmk.

eigen verantwoordelijkheid om bij de uitvoering van de opdracht binnen de grenzen te blijven die op grond van professionele en maatschappelijke eisen aan medische beoordelingen worden gesteld.

7.7.1 Aanstellingskeuringen

Een aanstellingskeuring kan soms onderdeel zijn van een sollicitatieprocedure. Zo'n keuring mag alleen worden verricht als aan de functie bijzondere eisen worden gesteld en het hiervoor noodzakelijk is om de medische geschiktheid van de kandidaat te beoordelen. Dit is het geval als een functie risico's oplevert voor de gezondheid of veiligheid van de betrokkene of anderen en de werkgever deze niet met gangbare maatregelen kan beperken. De keuring moet gedaan worden door een bedrijfsarts. De bedrijfsarts moet de keuring beperken tot een beoordeling van de medische geschiktheid van de kandidaat voor de functie, gelet op de bijzondere functie-eisen.

Voor aanstellingskeuringen geldt dat de gegevens niet langer mogen worden bewaard dan nodig is voor hun doel: de beoordeling van de geschiktheid voor de functie. Volgens de AP mogen gegevens van een aanstellingskeuring zes maanden worden bewaard. De AP gaat er daarbij van uit dat deze gegevens nodig zijn om een eventuele klacht over een aanstellingskeuring te kunnen afhandelen.¹⁹³

Meer informatie:

[Protocol verzekeringskeuringen \(Verbond van verzekeraars\)](#)

[Leidraad aanstellingskeuringen \(NVAB\)](#)

[Rechten van keurlingen \(Commissie Klachtenbehandeling Aanstellingskeuringen\)](#)

7.8 Geneeskundige verklaringen

Behandelend artsen geven geen geneeskundige verklaringen af voor eigen patiënten. Dergelijke verklaringen mogen alleen worden afgegeven door een onafhankelijke arts. Een behandelend arts mag wel, met toestemming van de patiënt, feitelijke medische informatie verstrekken voor een geneeskundige verklaring.

Wat is een geneeskundige verklaring?

Een geneeskundige verklaring:

- is een (schriftelijke)verklaring die door een arts is opgesteld;
- bevat een waardeoordeel over een patiënt en diens geschiktheid om bepaalde dingen wel of niet te doen. Dat oordeel is gebaseerd op medische gegevens;
- dient een ander doel dan behandeling of begeleiding.

¹⁹³ Zie [Commissie Klachtenbehandeling Aanstellingskeuringen. Rechten van keurlingen](#).

In de praktijk worden voor de verklaring ook andere termen gebruikt, zoals doktersverklaring, medisch attest en doktersbriefje.

Een behandelend arts kan door zijn patiënt worden gevraagd om een geneeskundige verklaring af te geven. Bijvoorbeeld om te beoordelen of de patiënt in staat is om te werken (arbeidsgeschiktheid), om een auto te besturen (rijbewijskeuring) of om goed voor kinderen te zorgen (bijvoorbeeld in een echtscheidingsprocedure). Ook kan een geneeskundige verklaring worden gevraagd om te beoordelen of iemand terecht een geboekte reis heeft geannuleerd wegens ziekte, of terecht een aanvraag heeft gedaan voor een invalideparkeerkaart. Andere voorbeelden zijn urgentieverklaringen en fit-to-fly-verklaringen.

Wie mag een geneeskundige verklaring afgeven?

Geneeskundige verklaringen mogen alleen door een onafhankelijke arts, die deskundig is op het gebied van de vraagstelling, worden verstrekt. De KNMG heeft als standpunt dat behandelend artsen geen geneeskundige verklaring over eigen patiënten afgeven. Daar zijn de volgende redenen voor:

- Ten eerste gaat het bij zo'n verklaring vaak om een belang van de patiënt dat buiten de deskundigheid en verantwoordelijkheid van de behandelend arts ligt en een ander doel dient dan de behandeling of begeleiding.
- Ten tweede is een behandelend arts veelal niet op de hoogte van de medische criteria waaraan de instantie die de verklaring nodig heeft, de verklaring toetst.
- Ten slotte kan de vertrouwensrelatie tussen de behandelend arts en de patiënt in gevaar komen wanneer de arts een voor de patiënt ongunstig oordeel geeft en er een belangenconflict ontstaat.

De grens tussen een waardeoordeel dat de behandeling of begeleiding van de patiënt dient en een waardeoordeel dat dat niet doet, is niet altijd scherp te trekken. Een diagnose wordt over het algemeen niet gezien als een waardeoordeel. En dat geldt ook voor een prognose met een behandeldoel, die met medische feiten wordt onderbouwd.

Gegevens verstrekken voor een geneeskundige verklaring

Een onafhankelijke en deskundige arts kan voor het afgeven van een geneeskundige verklaring gegevens nodig hebben van de behandelend arts. In het algemeen geldt dat de behandelend arts deze gegevens alleen mag verstrekken als de betreffende patiënt daar gerichte toestemming voor heeft gegeven. Deze informatieverstrekking moet zich beperken tot antwoorden op specifieke vragen en tot uitsluitend relevante, feitelijke informatie (zie ook [paragraaf 1.6](#)).

Toelichting voor patiënten

Om patiënten uit te leggen waarom de behandelend arts geen geneeskundige verklaring afgeeft, heeft de KNMG een toelichting geschreven. Deze toelichting is beschikbaar in verschillende talen, waaronder Nederlands, Engels, Frans, Duits, Spaans, Pools, Marokkaans Arabisch en Turks. Een behandelend arts kan deze toelichting aan de patiënt meegeven. De toelichting is te vinden op de [KNMG-website](#).

Geneeskundige verklaringen in het kader van de Wzd en Wvggz

Voor geneeskundige verklaringen in het kader van de Wvggz en de Wzd gelden specifieke regels. Zie daarvoor [hoofdstuk 6](#).

7.9 Rijbewijskeuring

Behandelend artsen mogen geen oordeel over de rijgeschiktheid van eigen patiënten geven. Dit moet worden overgelaten aan een onafhankelijke arts. Wel mogen behandelend artsen met toestemming van de patiënt feitelijke medische informatie verstrekken.

Een behandelend arts – bijvoorbeeld de eigen huisarts of medisch specialist – mag geen oordeel geven over de rijgeschiktheid van een eigen patiënt. Dat zou in strijd zijn met het uitgangspunt dat behandelend artsen geen geneeskundige verklaring afgeven (zie [paragraaf 7.8](#)). Dit moet daarom overgelaten worden aan een onafhankelijke arts die beschikt over de noodzakelijke deskundigheid om hierover te kunnen oordelen.

Feitelijke informatie

Een behandelend arts kan wel, op verzoek van en met uitdrukkelijke toestemming van de patiënt, gerichte aanvullende medische informatie verstrekken. Daarbij beperkt de arts zich tot het verstrekken van feitelijke informatie die noodzakelijk is voor het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) om de rijgeschiktheid te beoordelen. Een patiënt kan bijvoorbeeld aan de behandelend arts vragen een aantekening te plaatsen of een vragenlijst in te vullen bij een Gezondheidsverklaring (ook wel Eigen Verklaring), zoals de beroortevragenlijst of de diabetesvragenlijst.¹⁹⁴ Volgens het CBR mogen deze vragenlijsten door elke BIG-geregistreeerde arts ingevuld worden, ook door de behandelend arts, voor zover alleen de noodzakelijke feitelijke medische informatie wordt verstrekt. Op de formulieren wordt de (behandelend) arts dan ook nadrukkelijk verzocht om geen mededelingen te doen over de rijgeschiktheid van de aanvrager.

Geneeskundig verslag

Voor personen van 75 jaar en ouder die hun rijbewijs willen verlengen, is iedere vijf jaar een medische beoordeling van de rijgeschiktheid verplicht. Zij hebben hiervoor, naast een Gezondheidsverklaring, een Geneeskundig verslag (keuringsverslag) nodig. Het verslag van deze medische keuring kan door elke BIG-geregistreeerde arts worden ingevuld. Ook de behandelend arts mag dat doen. De arts mag in het verslag alleen feitelijke medische informatie verstrekken en geen oordeel geven over de rijgeschiktheid van de aanvrager.

Een medische keuring is ook verplicht voor personen die een groep 2 rijbewijs (vrachtwagen of bus) willen aanvragen of verlengen. Het keuringsverslag voor deze aanvraag mag alleen ingevuld worden door een arts die verbonden is aan een gecertificeerde arbodienst of door een geregistreerd bedrijfsarts.¹⁹⁵

¹⁹⁴ De aantekening of vragenlijst bij mensen met diabetes mellitus mag behalve door een arts ook door een diabetesverpleegkundige ingevuld worden. Deze diabetesverpleegkundige moet een BIG-registratie hebben met als aantekening diabetes mellitus. Zie: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2020-42359.html>

¹⁹⁵ Zie ook de [FAQ over beoordeling rijgeschiktheid door bedrijfsartsen](#) op de NVAB-website.

Specialistisch rapport

Bij bepaalde aandoeningen wordt een specialistisch onderzoek verplicht gesteld.¹⁹⁶ Een patiënt kan de behandelend specialist vragen een rapport voor hem in te vullen. De behandelend specialist wordt gevraagd om de relevante medische feiten en omstandigheden te vermelden. Hij mag geen advies over de rijgeschiktheid van de patiënt geven. Het rapport kan in veel gevallen een keuring door een onafhankelijke arts vervangen. Wanneer de behandelend specialist geen rapport wil invullen, kan hij de patiënt verwijzen naar het CBR. Het CBR kan de patiënt verwijzen voor een keuring door een onafhankelijk specialist.

Beoordeling rijgeschiktheid

Alleen keurend medisch specialisten die aan de gestelde eisen voldoen mogen de rijgeschiktheid van iemand beoordelen. De eisen die aan deze medisch specialisten worden gesteld, staan in de Beleidsregel aanwijzing keurend medisch specialisten. Zo mag een keurend medisch specialist niet de behandelaar zijn van degene die gekeurd wordt. Ook mag hij geen arbeidsrelatie of persoonlijke relatie met die persoon hebben, anders dan voor de beoordeling rijgeschiktheid.

Inzage-, correctie- en blokkeringsrecht

Op beoordelingen van de rijgeschiktheid door keurend medisch specialisten is het inzage-, correctie- en blokkeringsrecht van toepassing (zie ook paragraaf 7.1.5).¹⁹⁷ Het is de verantwoordelijkheid van de medisch specialist om de betrokkene hierover te informeren. Ook moet hij in de rapportage vermelden dat hij de betrokkene deze informatie heeft gegeven.

7.10 Deskundigenrapportage in juridische procedures

Artsen kunnen worden gevraagd om in juridische procedures als deskundige een rapportage op te stellen. Een dergelijke rapportage kan in verschillende stadia van een procedure, en door verschillende partijen, worden gevraagd. Dit kan bijvoorbeeld een rapportage zijn over medische aansprakelijkheid, waarbij de vraag is of een ziekte of letsel het gevolg is van onzorgvuldig handelen van een arts of een ziekenhuis.

Aan het opstellen van dergelijke rapportages worden strikte eisen gesteld (zie paragraaf 7.1.3). Ook in de NVMSR-richtlijn medisch specialistische rapportage in bestuurs- of civielrechtelijk verband worden verschillende eisen beschreven, die aan de rapportage en aan de deskundige (arts) worden gesteld. Een van die eisen is dat de deskundige zelf de grenzen van zijn deskundigheid aangeeft. Dat betekent onder meer dat hij in sommige gevallen moet aangeven dat hij een bepaalde vraag niet kan beantwoorden.

¹⁹⁶ Zie Regeling eisen geschiktheid 2000.

¹⁹⁷ Zie artikel 4.3.h Beleidsregel aanwijzing keurend medisch specialisten. Zie ook RVS 25 februari 2009.

Hoofdstuk 8

Wetenschappelijk onderzoek en kwaliteitsdoeleinden

Medische gegevens kunnen ook voor andere doeleinden dan patiëntenzorg worden gebruikt. Voor medisch-wetenschappelijk onderzoek of statistiek kan het soms nodig zijn om patiëntgegevens te gebruiken die herleidbaar zijn tot de persoon. Dat geldt ook voor interne kwaliteitsprocedures, zoals incidentmeldingen en kwaliteitsvisitaties. Het gebruik van medische gegevens voor deze doeleinden komen aan de orde in dit hoofdstuk.

8.1 Wetenschappelijke doeleinden

Artsen mogen onder bepaalde voorwaarden medisch gegevens verstrekken voor medisch-wetenschappelijk onderzoek of statistiek. Als hoofdregel geldt dat de arts de patiënt hiervoor expliciete toestemming moet vragen.

Voor medisch-wetenschappelijk onderzoek of statistiek worden bij voorkeur anonieme medische gegevens gebruikt. Dat zijn gegevens die niet tot een natuurlijke persoon zijn te herleiden. Kan het medisch-wetenschappelijk onderzoek of statistiek niet verricht worden met anonieme gegevens? Dan mogen persoonsgegevens worden gebruikt die (indirect) tot individuele patiënten herleidbaar zijn. Dit mag alleen met uitdrukkelijke toestemming van de patiënt. Op deze hoofdregel bestaan twee uitzonderingen:¹⁹⁸

- als toestemming vragen in redelijkheid niet mogelijk is en door het onderzoek de persoonlijke levenssfeer van de patiënt niet onevenredig wordt geschaad; of
- als toestemming vragen in redelijkheid niet kan worden verlangd en door de arts redelijkerwijs wordt voorkomen dat de gegevens zijn te herleiden tot individuele patiënten.

In deze twee uitzonderingssituaties mag de arts alleen gegevens zonder toestemming verstrekken als voldaan is aan de volgende voorwaarden:¹⁹⁹

- Het onderzoek dient het algemeen (volksgezondheids)belang. Daarvan is in ieder geval sprake als het onderzoek wordt uitgevoerd door een instelling voor wetenschappelijk onderzoek of statistiek, en als met het onderzoek een publicatie wordt beoogd.
- Het onderzoek kan niet zonder deze gegevens worden uitgevoerd.
- De patiënt van wie de gegevens zijn, heeft geen bezwaar gemaakt tegen dit gebruik van zijn gegevens.
- Van de verstrekking zonder toestemming wordt een aantekening gemaakt in het dossier van de patiënt.

¹⁹⁸ Artikel 7:458 lid 1 BW.

¹⁹⁹ Artikel 7:458 lid 2 en lid 3 BW.

Daarnaast zijn de AVG en het UAVG van toepassing op het verwerken van persoonsgegevens voor wetenschappelijk onderzoek of statistiek.²⁰⁰

Meer informatie

Gedragscode Gezondheidsonderzoek (Federa)²⁰¹

8.2 Kwaliteitsdoeleinden

De arts mag toestemming van de patiënt veronderstellen voor het gebruik van medische gegevens voor kwaliteitsdoeleinden.

Voor kwaliteitsdoeleinden geldt dat artsen medische gegevens zoveel mogelijk moeten anonimiseren wanneer het niet noodzakelijk is dat zij tot de patiënt herleidbare gegevens gebruiken of verstrekken. Als het gaat om de toegang tot en het gebruik van medische gegevens die tot een patiënt herleidbaar zijn, geldt als hoofdregel dat hiervoor expliciete toestemming van die patiënt nodig is. Juristen gaan er veelal van uit dat dit anders ligt als deze medische gegevens worden gebruikt voor kwaliteitsdoeleinden, zoals bij incidentmeldingen en kwaliteitsvisitaties.²⁰² Het gebruik van de gegevens voor deze doelen ligt in het verlengde van het verlenen van goede zorg. Daarom kan worden aangenomen dat in die gevallen toestemming van de patiënt mag worden verondersteld, mits de gegevens uitsluitend voor kwaliteitsdoelen worden gebruikt.

De patiënt moet wel de mogelijkheid hebben om bezwaar te maken tegen het gebruik van zijn gegevens voor kwaliteitsdoeleinden. Daarvoor moet de patiënt vooraf kennis hebben kunnen nemen van de mogelijkheid dat zijn gegevens voor kwaliteitsdoelen worden gebruikt.²⁰³ Als de patiënt hiertegen bezwaar maakt, mogen zijn gegevens niet gebruikt worden, tenzij in de wet een verplichting staat om patiëntgegevens in voorkomende gevallen voor kwaliteitsdoelen te gebruiken. Hierna gaan wij nader in op zowel het veilig melden van incidenten als de kwaliteitsvisitaties.

²⁰⁰ Zie o.a. artikel 9 lid 2 onder j AVG, artikel 89 AVG en artikel 24 UAVG.

²⁰¹ Deze gedragscode wordt momenteel herzien. Een eerste concept is in maart 2021 opgeleverd. Zie de [website van COREON](#).

²⁰² Momenteel worden regels ontwikkeld voor het mogen verstrekken van patiëntgegevens aan 'kwaliteitsregistraties'. Zie het [Advies Commissie Governance van Kwaliteitsregistraties](#).

²⁰³ Het moet voor de patiënt kenbaar zijn dat informatie voor kwaliteitsdoeleinden kan worden gebruikt, zie [paragraaf 1.5.2.1](#) over kenbaarheid.

8.2.1 Veilig incidenten melden

De arts of de instelling informeert patiënten vooraf in algemene zin over het doel en de opzet van de procedure die de arts of instelling hanteert voor het melden van incidenten.

Voor een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg is het van belang om incidenten te melden en te analyseren. Incidenten zijn niet-beoogde of onverwachte gebeurtenissen, die betrekking hebben op de kwaliteit van de zorg, en die hebben geleid, hadden kunnen leiden of zouden kunnen leiden tot schade bij de cliënt.²⁰⁴

Bij incidentmeldingen gaat het niet om de schuldvraag, maar om kwaliteitsverbetering van de zorg. Op basis van de analyse van een incident kan de zorgaanbieder zo nodig verbetermaatregelen treffen. Het melden van incidenten als intern kwaliteitsinstrument wordt ook wel het systeem van 'Veilig Incident Melden' (VIM) genoemd. Zorgaanbieders moeten op grond van de Wkkgz beschikken over een VIM-systeem en over een interne procedure waarin staat hoe met signalen van incidenten wordt omgegaan.²⁰⁵

De informatie in de meldingssystemen van incidenten is niet openbaar.²⁰⁶ De zorgaanbieder mag de gegevens niet aan derden verstrekken, tenzij de wet of rechtspraak de zorgaanbieder daartoe verplicht.

Informatie bij meldingen

Artsen moeten incidenten volgens de interne procedure melden. Het uitgangspunt is dat de arts bij een melding van een incident alleen de strikt noodzakelijke informatie verstrekt en deze zo veel mogelijk anonimiseert. Hij beperkt zich tot de feitelijke informatie die voor de onderzoekscommissie redelijkerwijs noodzakelijk is om het incident te kunnen onderzoeken.

Op grond van de wet mag een arts ook tot de patiënt herleidbare gegevens zonder toestemming van de patiënt in het meldingssysteem verwerken.²⁰⁷ Zoals gezegd zijn de gegevens in het meldingssysteem niet openbaar, ook niet voor de patiënt. De zorgaanbieder moet ervoor zorgen dat de gegevens alleen gebruikt kunnen worden door de personen die het incident behandelen. Een arts kan de gegevens die noodzakelijk zijn om het incident te onderzoeken zonder toestemming van de patiënt aan de daartoe aangewezen functionaris verstrekken.²⁰⁸

Informatie aan de patiënt

De zorgaanbieder informeert patiënten in algemene zin over het doel en de opzet van de procedure die de instelling hanteert voor het melden en analyseren van incidenten. Ook informeert de zorgaanbieder de patiënten over de mate waarin binnen de meldingsprocedure gegevens kunnen worden gebruikt die tot de patiënt herleidbaar zijn. Bovendien geeft de zorgaanbieder aan welke regels er

²⁰⁴ Artikel 1.1 Uitvoeringsbesluit Wkkgz.

²⁰⁵ Artikel 9 lid 1 en 2 Wkkgz.

²⁰⁶ Artikel 9 lid 7 Wkkgz.

²⁰⁷ Artikel 9 lid 1 Wkkgz.

²⁰⁸ Artikel 9 lid 5 Wkkgz.

in dit kader gelden voor de bescherming van de privacy van de patiënt. Deze informatie kan bijvoorbeeld in een patiëntenfolder of op de website worden opgenomen.

Inzage in de rapportage

Aan de hand van de melding stelt de Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP) of de VIM-commissie een rapport met bevindingen op. Dit rapport is voor intern gebruik; de patiënt krijgt geen kopie en heeft geen recht op inzage in dit rapport. De patiënt moet wel geïnformeerd worden over het incident en de melding daarvan in het meldingssysteem. De informatie uit het meldingssysteem is niet openbaar. Daarom moet een lid van de MIP- of VIM-commissie zich beroepen op zijn (afgeleid) verschoningsrecht, als hij wordt opgeroepen om als getuige voor de rechter te verschijnen.

Bescherming van de melder

Dat de informatie uit het meldingssysteem niet openbaar is, geldt ook met betrekking tot de IGJ en de officier van justitie. De informatie uit het systeem mag alleen worden verstrekt als een wet of rechterlijke uitspraak de instelling daartoe verplicht. Op grond van de wet mag informatie uit het VIM-systeem niet in een civiel-, straf-, bestuurs- of tuchtrechtelijke procedure als bewijs worden gebruikt tegen de melder of een betrokken arts.²⁰⁹ Op deze hoofdregels bestaan twee uitzonderingen:

- Gegevens uit het meldingssysteem mogen als strafrechtelijk bewijs worden gebruikt als de gegevens redelijkerwijs niet op een andere manier kunnen worden verkregen. De melder heeft dus geen absolute vrijstelling van strafrechtelijke vervolging ('immunititeit').
- Als uit de informatie in het meldingssysteem blijkt dat er sprake is van een calamiteit in de zin van de Wkkgz, moet de zorgaanbieder dit melden bij de IGJ (zie [paragraaf 5.5.1](#)).

Meer informatie:

[KNMG-beleidsdocument Veilig melden](#)

[KNMG-handreiking Omgaan met incidenten en klachten: wat wordt van artsen verwacht?](#)

[Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid \(GOMA\)](#)

8.2.2 Kwaliteitsvisitatie

De arts mag medische gegevens van patiënten verstrekken voor kwaliteitsvisitaties. De toestemming van de patiënt wordt daarvoor verondersteld.

De arts moet in algemene zin zijn patiënten informeren over de mogelijkheid dat zijn gegevens in het kader van kwaliteitsvisitaties kunnen worden verstrekt.

²⁰⁹ Artikel 9 lid 6 Wkkgz.

Een kwaliteitsvisitatie is een intercollegiale toetsing. Het doel van de visitatie is om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Het is een instrument voor een individuele arts of voor een groep artsen om hun functioneren te evalueren en daar feedback op te ontvangen. De visitatie wordt uitgevoerd door personen die zelf ook een geheimhoudingsplicht hebben.

Een kwaliteitsvisitatie bestaat uit verschillende onderdelen. Een onderdeel kan zijn dat de kwaliteit van de dossiervoering, en daarmee van de verleende zorg, wordt geëvalueerd. Via een aselechte steekproef kan de visitatiecommissie patiëntendossiers selecteren en beoordelen. Deze dossierinzage beperkt zich tot het doel van de kwaliteitsvisitatie. Gegevens waaruit de identiteit van de patiënt kan worden herleid, worden zo veel mogelijk weggelaten.

Voor inzage in medische dossiers in het kader van een kwaliteitsvisitatie wordt de toestemming van de patiënt verondersteld. De patiënt moet wel vooraf op de hoogte zijn gesteld dat zijn medische gegevens voor dit doel gebruikt kunnen worden. Dit kan bijvoorbeeld via een informatiefolder. Daarnaast moet de patiënt de gelegenheid hebben gekregen om bezwaar te maken tegen het gebruik van zijn medische gegevens voor de kwaliteitsvisitatie. Als aan deze voorwaarden is voldaan – en de patiënt heeft geen bezwaar gemaakt – kan van ‘veronderstelde toestemming’ van de patiënt worden uitgegaan. Dan mogen de medische gegevens van de patiënt dus gebruikt worden voor de kwaliteitsvisitatie.

Afkortingenlijst

Awb	Algemene wet bestuursrecht
AP	Autoriteit Persoonsgegevens
AVG	Algemene verordening gegevensbescherming
BOPZ	Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
BSN	Burgerservicenummer
BW	Burgerlijk Wetboek
CBR	Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CTG	Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DG	De Geneeskundestudent
DPIA	Data protection impact assessment
ECD	Elektronisch Cliënten Dossier
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
Federa	Federatie van Medisch Wetenschappelijke Verenigingen
FIOD	Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst
FMG	Forensisch Medisch Genootschap
FMS	Federatie Medisch Specialisten
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
HIS	Huisarts Informatie Systeem
HR	Hoge Raad
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IBS	Inbewaringstelling
KAMG	Koepel Artsen Maatschappij + Gezondheid
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LAD	Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LSP	Landelijk Schakelpunt
MIP	Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg
NEN	Nederlands Normalisatie Instituut
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVAVG	Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
NVMSR	Nederlandse Vereniging voor Medisch Specialistische Rapportage
NVVG	Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OM	Openbaar Ministerie
OTS	Ondertoezichtstelling
OvJ	Officier van Justitie
PMO	Preventief Medisch Onderzoek
PGO	Persoonlijke gezondheidsomgeving
SO	Specialist ouderengeneeskunde
RC	Rechter-commissaris

RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RM	Rechterlijke machtiging
RTG	Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg
RvB	Raad van bestuur
SO	Specialist Ouderengeneeskunde
Sv	Wetboek van Strafvordering
UAVG	Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
Verenso	Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde
VIM	Veilig Incident Melden
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wabvpz	Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg
Wajong	Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
WAZO	Wet arbeid en zorg
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wet SUWI	Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WIA	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wlb	Wet op de lijkbezorging
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmk	Wet op de medische keuringen
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheid
Wvggz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
WvSr	Wetboek van Strafrecht
Wzd	Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten
ZIS	Ziekenhuis Informatie Systeem
ZW	Ziektewet
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZW	Ziektewet

Lijst met online verwijzingen naar andere documenten

KNMG-handreiking Beroepsgeheim en politie/justitie
www.knmg.nl/pdf/beroepsgeheim-politie-justitie

Poppetjesformulier www.knmg.nl/pdf/poppetjesformulier

KNMG-wegwijzer Toestemming en informatie bij behandeling van minderjarigen
<https://www.knmg.nl/pdf/dubbele-toestemming/>

KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld www.knmg.nl/pdf/kindermishandeling

KNMG-handreiking Inzage in medische dossiers door nabestaanden
<http://knmg.nl/pdf/inzage-nabestaanden>

KNMG-handreiking Arts en Social Media www.knmg.nl/pdf/sociale-media

KNMG-handreiking Opnemen van gesprekken door patiënten <http://knmg.nl/pdf/opnemen-gesprek>

KNMG-handreiking Omgaan met incidenten en klachten: wat wordt van artsen verwacht?
knmg.nl/pdf/omgaan-met-incidenten

KNMG-beleidsdocument Veilig melden
<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/veilig-melden.htm>

KNMG-handreiking Overdracht patiëntendossier bij verandering van huisarts <http://knmg.nl/pdf/overdracht-dossier>

KNMG-gedragsregels knmg.nl/pdf/gedragsregels

KNMG-advies inrichting en overdracht bedrijfsgeneeskundig dossier nvab-online.nl

KNMG-code voor gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie
www.knmg.nl/pdf/code-gegevensverkeer

KNMG-stappenplan inzage zorgverzekeraar i.v.m. controle gedeclareerde zorg
www.knmg.nl/pdf/materiele-controle/

Convenant inzake toetsing mededelingsplicht gezondheidsgegevens
convenant-inzake-toetsing-mededelingsplicht-gezondheidsgegevens.pdf (verzekeraars.nl)

Verbond van verzekeraars. Protocol verzekeringskeuringen
[protocol_verzekeringskeuringen.pdf \(verzekeraars.nl\)](#)

Zorgverzekeraars Nederland. Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars
[Zorgverzekeraars Nederland - Document \(zn.nl\)](#)

NVAB. Leidraad Aanstellingskeuringen [Aanstellingskeuringen | NVAB \(nvab-online.nl\)](#)

NVAB Leidraad verwijzen door de bedrijfsarts [Verwijzen door de bedrijfsarts | NVAB \(nvab-online.nl\)](#)

NVAB en Oval. Leidraad Bedrijfsarts en privacy [Bedrijfsarts en Privacy | NVAB \(nvab-online.nl\)](#)

UWV-richtlijn Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts
https://www.nvvg.nl/files/40/01_Richtlijn_Beheer_gegevens_vallend_onder_het_medisch_beroepsgeheim_van_de_verzekeringsarts_2010.pdf

Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) [GOMA1.pdf \(deletselschaderaad.nl\)](#)

Handreiking (Niet-)natuurlijke dood <http://knmg.nl/pdf/niet-natuurlijke-dood>

Handreiking afspraken tussen openbaar bestuur en ziekenhuizen over slachtofferinformatie bij rampen en crises www.knmg.nl/pdf/slachtofferinformatie

Gedragscode Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg www.knmg.nl/pdf/egiz

NVMSR-richtlijn medisch-specialistische rapportage in bestuurs- of civielrechtelijk verband
[DE MEDISCH SPECIALISTISCHE RAPPORTAGE \(nvmsr.nl\)](#)

Bijlage 1

Overzicht wijzigingen ten opzichte van richtlijn versie 2020

Tussen haakjes staat de corresponderende paragraaf in de richtlijn versie 2020 of dat het een nieuwe paragraaf t.o.v. de richtlijn versie 2020 is.

Hoofdstuk 1 Het medisch beroepsgeheim

- 1.1 Waarde van het beroepsgeheim (7.4.1 oud)
- 1.2 Zwijgplicht en verschoningsrecht (7.4.1 oud)
- 1.3 Omvang en duur van het beroepsgeheim (nieuw)
- 1.4 Uitzonderingen op het beroepsgeheim
 - 1.4.1 Rechtstreeks betrokken hulpverleners (1.3 oud)
 - 1.4.2 Vervanger of waarnemer (1.3 oud)
 - 1.4.3 Vertegenwoordigers van minderjarige of wilsonbekwame patiënten (7.4.2 oud)
 - 1.4.4 Therapeutische exceptie (nieuw)
- 1.5 Doorbreken van het beroepsgeheim
 - 1.5.1 Toestemming van de patiënt (7.4.2 oud)
 - 1.5.2 Veronderstelde toestemming van de patiënt (7.4.2 oud)
 - 1.5.2.1 Kenbaarheid en informatieplicht (nieuw)
 - 1.5.2.2 Verwijzing en terugkoppeling (1.4 oud)
 - 1.5.2.3 Noodsituaties (7.4.2 oud)
 - 1.5.2.4 Kwaliteitsdoeleinden (nieuw)
 - 1.5.3 Wettelijke plichten en rechten (7.4.2 oud)
 - 1.5.4 Conflict van plichten (7.4.2 oud)
 - 1.5.5 Zwaarwegend belang (7.4.2 oud)
- 1.6 Algemene uitgangspunten bij informatieverstrekking op verzoek van derden (1.1 oud)

Hoofdstuk 2 Verwerken van informatie in en buiten het dossier

- 2.1 Verwerken van medische informatie (nieuw)
- 2.2 Dossierplicht (6.1 oud)
- 2.3 Inhoud van het dossier (6.2 oud)
- 2.4 Gegevens die in het dossier thuishoren
 - 2.4.1 Burgerservicenummer (BSN) (5.8 oud)
 - 2.4.2 'Informed consent' (6.2 oud)
 - 2.4.3 Verklaring van de patiënt (6.2 oud)
 - 2.4.4 Gegevens ontvangen van anderen (6.2 oud)
 - 2.4.5 Gegevens over een euthanasie (6.2 oud)
 - 2.4.6 Gegevens over kindermishandeling en/of huiselijk geweld (6.2 oud)

- 2.4.7 Gegevens over incidenten (6.2 oud)
- 2.5 Informatie die niet in het dossier thuishoort
 - 2.5.1 Persoonlijke werkaantekeningen (6.3 oud)
 - 2.5.2 Onderzoeksinformatie over incidenten (6.2 oud)
 - 2.5.3 Correspondentie over klachten en schadeclaims (6.2 oud)
 - 2.5.4 Financiële informatie (6.2 oud)
 - 2.5.5 Obductierapport (nieuw)
- 2.6 Digitaliseren van papieren dossiers en documenten (6.8 oud)
- 2.7 Bewaartermijn van het dossier (6.4 oud)
- 2.8 Beheer van het dossier (6.5 oud)
- 2.9 Eigendom van het dossier (6.6 oud)
- 2.10 Overdragen van het dossier (6.7 oud en deel 6.5 oud)
- 2.11 Patiëntenrechten met betrekking tot gegevens en het dossier
 - 2.11.1 Recht op informatie over gegevensverwerking (nieuw)
 - 2.11.2 Recht op inzage in en afschrift van het dossier (7.1 oud)
 - 2.11.3 Recht op toevoegen van een verklaring (7.2 oud)
 - 2.11.4 Recht op correctie van gegevens (7.2 oud)
 - 2.11.5 Recht op beperking van gegevensverwerking (7.2 oud)
 - 2.11.6 Recht op dataportabiliteit van gegevens (nieuw)
 - 2.11.7 Recht op vernietiging van dossiergegevens (7.3 oud)
 - 2.11.8 Uitvoeringstermijn verzoeken van patiënt (nieuw)

Hoofdstuk 3 Elektronische gegevensuitwisseling (1.5 oud)

- 3.1 Algemene eisen voor het beheer van elektronische gegevens (1.5.1 en 1.5.2 oud)
- 3.2 Elektronische gegevensuitwisseling tussen arts en patiënt (1.5.4 oud)
 - 3.2.1 Zorgvuldigheid en voorwaarden (1.5.4.1 oud)
 - 3.2.2 Voorwaarden per communicatiemiddel
 - 3.2.2.1 Gebruik van e-mail (1.5.4.2 oud)
 - 3.2.2.2 Gebruik van WhatsApp en andere berichtendiensten (1.5.4.2 oud)
 - 3.2.2.3 Gebruik van beeldbellen (nieuw)
 - 3.2.2.4 Gebruik van social media (1.5.4.2 oud)
- 3.3 Voorwaarden per doel van online contact en gegevensuitwisseling (1.5.4.3 oud)
- 3.4 Elektronische gegevensuitwisseling tussen artsen en andere zorgverleners onderling (1.5.3 oud)
- 3.5 Beeld- en geluidsopnamen (5.9 oud)
- 3.6 Persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) (nieuw)

Hoofdstuk Informatieverstrekking in kader van vertegenwoordiging, overlijden, letselschade en levensverzekeringen

- 4.1 Informatieverstrekking aan vertegenwoordigers van minderjarigen en wilsonbekwamen
 - 4.1.1 Vertegenwoordigers van minderjarigen tot 12 jaar (7.5 oud)
 - 4.1.2 Vertegenwoordigers van minderjarigen van 12 tot 16 jaar (7.5 oud)
 - 4.1.3 Vertegenwoordigers van minderjarigen van 16 en 17 jaar (7.5 oud)
 - 4.1.4 Vertegenwoordigers van wilsonbekwame minderjarigen (0-18 jaar) (7.5 oud)
 - 4.1.5 Informatie aan ouders na echtscheiding (5.1 oud)
 - 4.1.6 Vertegenwoordigers van wilsonbekwame meerderjarigen (7.5 oud)
- 4.2 Informatieverstrekking na overlijden patiënt (5.3 oud)
- 4.3 Informatieverstrekking in het kader van letselschade (paragraaf 5.5 oud)
- 4.4 Informatieverstrekking aan een levensverzekeraar (5.4 oud)
 - 4.4.1 Aangaan of wijzigen levensverzekering (7.5 oud)
 - 4.4.2 Informatieverstrekking aan de Toetsingscommissie (7.5 oud)
 - 4.4.3 Verzekeringskeuringen ex-kankerpatiënten (nieuw)

Hoofdstuk 5 Informatieverstrekking aan (overheids-)instanties

- 5.1 Melding van bepaalde infectieziekten aan de GGD (5.12 oud)
- 5.2 Informatieverstrekking binnen het sociaal domein
 - 5.2.1 Informatieverstrekking in het kader van de Wmo 2015 (2.4 oud)
 - 5.2.2 Informatieverstrekking in het kader van de Jeugdwet (2.7 oud)
 - 5.2.3 Schuldhulpverlening (nieuw)
- 5.3 Informatieverstrekking aan gezinsvoogden, Veilig Thuis en de Raad voor de Kinderbescherming (Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld) (5.2 oud)
- 5.4 Informatieverstrekking aan zorgverzekeraars (paragraaf 4.2 oud)
- 5.5 Informatieverstrekking aan IGJ, NZa en FIOD (4.3 oud)
- 5.6 Informatieverstrekking aan politie en justitie (4.1 oud)
- 5.7 Informatieverstrekking bij juridische procedures
 - 5.7.1 De arts als verweerder in klacht-, tucht- en civiele zaken (3.1 oud)
 - 5.7.2 De arts als verdachte in strafzaken (3.2 oud)
 - 5.7.3 De arts als getuige in een (juridische) procedure (3.3 oud)

Hoofdstuk 6 Informatieverstrekking in het kader van gedwongen zorg en opname (Wvggz en Wzd)

- 6.1 Achtergrondinformatie (nieuw)
- 6.2 Informatieverstrekking in het kader van de Wvggz (5.6 oud)
 - 6.2.1 Medische verklaring voor een zorgmachtiging
 - 6.2.2 Medische verklaring voor een crisismaatregel
 - 6.2.3 Het overleg voor het opstellen van het zorgplan
- 6.3 Informatieverstrekking in het kader van de Wzd
 - 6.3.1 Overleg voor het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan (5.7 oud)
 - 6.3.2 Informatieverstrekking aan het CIZ (nieuw)
 - 6.3.3 Medische verklaring voor een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling (nieuw)

Hoofdstuk 7 Informatieverstrekking in kader van medische beoordelingen (H2 oud)

- 7.1 Medische beoordelingen (2.1 oud)
- 7.2 Beoordelingen in het kader van bedrijfsgeneeskunde (arbeid, arbeidsverzuim en re-integratie)
 - 7.2.1 Onderscheid vrijwillige en verplichte spreekuurcontacten (2.2 oud)
 - 7.2.2 Gegevensuitwisseling tussen bedrijfsarts en werkgever bij ziekteverzuimbegeleiding (2.2 oud)
 - 7.2.3 Verwijzingen door de bedrijfsarts (2.2 oud)
 - 7.2.4 Gegevensuitwisseling tussen bedrijfsarts en behandelend artsen (2.2 oud)
 - 7.2.5 Gegevensuitwisseling tussen bedrijfsarts en UWV (2.3 oud)
- 7.3 Gegevensuitwisseling in het kader van verzekeringsgeneeskunde (sociale verzekeringen) (2.3 oud)
- 7.4 Gegevensuitwisseling bij indicatiestelling binnen het sociaal domein (2.4 en 2.7 oud)
- 7.5 Gegevensuitwisseling indicatiestelling voor langdurige zorg (2.5 oud)
- 7.6 Gegevensuitwisseling in het kader van een zorgverzekering (2.6 oud)
 - 7.6.1 Gegevensuitwisseling bij het aangaan van een aanvullende ziektekostenverzekering
 - 7.6.2 Gegevensuitwisseling bij de beoordeling van een aanspraak op zorg
- 7.7 Gegevensuitwisseling bij keuringen voor particuliere verzekeringen en aanstellingen (2.9 oud)
- 7.8 Geneeskundige verklaringen (1.2 oud)
- 7.9 Rijbewijskeuring (2.1 oud)
- 7.10 Deskundigenrapportage in juridische procedures (2.8 oud)

Hoofdstuk 8 Wetenschappelijk onderzoek en kwaliteitsdoeleinden

- 8.1 Wetenschappelijke doeleinden (5.11 oud)
- 8.2 Kwaliteitsdoeleinden (5.10 oud)
 - 8.2.1 Veilig incidenten melden (5.10.1 oud)
 - 8.2.2 Kwaliteitsvisitatie (5.10.2 oud)

knmg