

	Huishoudelijk reglement Ombudsdienst AZR		
	Auteur(s):	Nicole Caremans; Linda Gijsbrechts	2.0
	Keurder(s):	Bart Van Bree	Beleid
	Bekrachtiger(s):	Bart Van Bree	Ziekenhuisbreed
	Goedkeuringsdatum:	11/04/2023	Toepassingsdatum:

Inhoudsopgave

1	Definitie	2
2	Toepassingsgebied en verantwoordelijkheden.....	2
3	Missie en Visie	2
4	Afkortingen, begrippen en definities.....	2
5	Beleid.....	3
5.1	Algemene bepalingen.....	3
5.2	De ombudsfunctie	4
5.3	Opdrachten en kenmerken van de ombudsfunctie	5
5.4	Klacht en bemiddeling.....	8
5.5	Jaarverslag ombudsdienst	9
5.6	Slotbepalingen.....	10
5.7	Goedkeuring Raad van Bestuur (afgevaardigd bestuurder).....	11
5.8	Communicatie rond implementatie	11
6	Aandachtspunten en mogelijke complicaties.....	11
7	Aanverwante documenten en bijlagen (<i>hyperlink/referenties</i>)	11
8	Referenties en bronnen (<i>hyperlink/referenties</i>).....	11

1 Definitie

De Wet betreffende de Rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 (BS 26 september 2002) stelt dat de patiënt het recht heeft een klacht, in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet, neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie.

De Klachtenprocedure is gebaseerd op de huidige werkwijze in het AZ Rivierenland. Ze bestaat uit een getrapte procedure met een brede klachtdefinitie en een lage drempel voor de patiënt.

In eerste plaats is het noodzakelijk dat patiënten hun klacht rechtstreeks trachten te formuleren aan de direct betrokkenen en hieruit tot een oplossing komen.

Op een tweede niveau wordt aan de patiënt, de geneesheer, verpleegkundige, paramedicus en ieder andere ziekenhuismedewerker de mogelijkheid geboden om gebruik te maken van de ombudsfunctie in het ziekenhuis als klachtenbemiddeling.

Als men in het ziekenhuis alleen maar individuele patiëntenklachten gaat oplossen, bestaat het risico dat problemen alleen maar symptomatisch worden toegedekt. Daarom kunnen op basis van de verzamelde informatie, via een interne klachtencommissie, voorstellen worden geformuleerd om de dienstverlening aan de patiënten te optimaliseren.

Er worden niet alleen afspraken gemaakt over de individuele klachtvolgving, maar ook over de terugkoppeling en rapportering in de ziekenhuisorganisatie.

2 Toepassingsgebied en verantwoordelijkheden

Alle artsen en medewerkers.

3 Missie en Visie

Het beleid "Huishoudelijk Reglement Ombudsfunctie" is afgestemd op de missie en visie van het Algemeen Ziekenhuis Rivierenland.

Onze missie: samen sterk in kwalitatieve én patiëntgerichte zorg

AZ Rivierenland is een ondernemend en vooruitstrevend ziekenhuis dat tweedelijnszorg (acuut en chronisch) dichtbij huis aanbiedt in de ruime regio van de Rupelstreek over Vaartland tot Klein-Brabant en Kruibeke-Temse. We proberen onszelf zowel op medisch als niet-medisch vlak altijd te overtreffen. We gaan daarbij actief op zoek naar nieuwe opportuniteiten en continue verbetering.

Onze patiënten staan centraal en voelen dat er voor hen gezorgd wordt. In een toegankelijke en hartelijke sfeer betrekken we hen bij het uitstippelen van hun zorgpad en geven we hen inspraak.

Ons ervaren zorgteam staat in nauw contact met collega's in eerste- en derdelijnszorg. Deze korte lijnen zorgen ervoor dat elke doorverwijzing vlot en efficiënt verloopt. Zo zorgen we er samen voor dat AZ Rivierenland elke dag uitblinkt in kwalitatieve én patiëntgerichte zorg.

Onze visie:

- Als algemeen ziekenhuis met 3 campussen streven we ernaar om ons lokaal te verankeren in de ruime zorgregio, van Boom over Vaartland tot Klein-Brabant en Temse.
- We blijven groeien en vernieuwen, zowel organisatorisch als in infrastructuur en specialisaties.
- We sporen onze teams aan zich te blijven ontwikkelen, te blijven evolueren en te blijven pionieren.
- Met een goede samenwerking tussen de 3 campussen, tussen specialisaties en met ons zorgnetwerk zorgen we ervoor dat we steeds dichtbij onze patiënt staan.
- Onze positieve en hartelijke ingesteldheid is voelbaar in elke vezel van ons ziekenhuis.

- Op deze manier winnen we het volle vertrouwen van onze patiënten, medewerkers en partners en wordt onze topzorg top of mind in de ruime zorgregio.



4 Afkortingen, begrippen en definities

Afkorting of termen	Definitie
WPR	Wet op de patiënten rechten
HRR	Huishoudelijk reglement
DirSec	Directiesecretariaat

Niet van toepassing

5 Beleid

5.1 Algemene bepalingen

VOORWERP

Dit document regelt de specifieke modaliteiten voor de organisatie, de werking en de procedure inzake klachten bij de ombudsdienst binnen AZ Rivierland, in het kader van de toepassing van de wet betreffende de rechten van de patiënt (WPR). De ombudspersoon is verplicht om een dergelijk huishoudelijk reglement op te stellen.¹

WETTELIJKE BEPALINGEN

- De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt
- KB van 8 juli 2003 houdende de vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen

¹ WPR, art. 10

- De wet op de ziekenhuizen van 7 augustus 1987 art. 70 quater

GOEDKEURING VAN HET HUISHOUELIJK REGLEMENT (HHR)

Dit huishoudelijk reglement werd op 24/02/2022 ter goedkeuring aan de beheerder van het ziekenhuis voorgelegd.²

INZAGE VAN HET HUISHOUELIJK REGLEMENT

Dit HHR is beschikbaar en ter inzage voor patiënten, alle medewerkers en iedere belangstellende. Op de website www.AZR.be → is het HHR beschikbaar voor alle belangstellenden.

5.2 De ombudsfunctie

IDENTITEIT EN COÖRDINATEN VAN DE OMBUDSFUNCTIE

Momenteel wordt de ombudsfunctie uitgeoefend door:

Mevr. Nicole Caremans, Campus Rumst

Mevr. Linda Gijsbrechts, Campus Bornem & Willebroek

BEREIKBAARHEID

Campus Rumst, 's Herenbaan 172, 2840 Rumst

Binnen de campus is de ombudsdienst gelegen in de hall links naast de balie.

Vanuit de inkom volgt u de **route 130**.

Beschikbaarheid : Vrije spreekuren elke werkdag van 09u – 12u30 (behalve vrijdag). Verder op afspraak.

CONTACTGEGEVENS

Telefoon: 03/8809209 (+ antwoordapparaat)

e-mail: ombudsdienst.rumst@azr.be

Campus Bornem, Kasteelstraat 23, 2880 Bornem

Volg route 143 in Campus Bornem.

Beschikbaarheid: Op dinsdag, woensdag en vrijdag bereikbaar van 9 u tem 16:30u

Campus Willebroek, Tisseltsesteenweg 27, 2830 Willebroek

² Wet op de ziekenhuizen 7 augustus 1987, art. 8, 1°

Ombudsdienst : enkel op afspraak

CONTACTGEGEVENS

Telefoon: 03.890.17.92

E-mail: ombudsdienst.bornem@azr.be of ombudsdienst.willebroek@azr.be

Voor een persoonlijk gesprek werkt de ombudsdienst steeds op afspraak binnen de kantooruren.

Bij afwezigheid:

Meer informatie: zie procedure "Afwezigheid ombudsdienst":

Docmans: http://zidoc/sites/docmans/EPQDoc_Read/Afwezigheid%20ombudsdienst%20AZR.pdf

SAM: <http://sam/proenhandl/Procedures/Afwezigheid%20ombudsdienst%20AZR.pdf>

U kan ook altijd:

- Uw klacht reeds schriftelijk formuleren per geposte brief of op het blanco document dat ter beschikking staat aan de inkomhal (infozuil)
- Via e-mail uw melding doen
- Via de website van het ziekenhuis [lk heb een melding | AZ Rivierenland](#)
- Telefonisch uw melding doen via een medewerker of inspreken op het antwoordapparaat
- Een afspraak met de ombudspersoon plannen via het onthaal

5.3 Opdrachten en kenmerken van de ombudsfunctie

OPDRACHTEN

De ombudsdienst heeft als opdracht:

1. het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen;
2. het bemiddelen bij klachten met het oog op het bereiken van een oplossing;
3. het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een in 2 bedoelde oplossing;
4. het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie;
5. het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een klacht.^{3 4}

³ Het KB van 08 juli 2003 (B.S. 26 augustus 2003) beschrijft de voorwaarden waaraan deze ombudsfunctie moet voldoen. De omschrijving betreft de onafhankelijkheid, het beroepsgeheim, de deskundigheid, de juridische bescherming, de organisatie, de werking, de financiering, de procedureregeling en de gebiedsomschrijving.

⁴ WPR, art. 11

BETROKKENHEID

De ombudspersoon mag niet betrokken zijn geweest met de feiten en de personen waarop de klacht betrekking heeft. In dat geval dient er iemand anders te worden aangesteld voor de opvolging van dit ombudsdossier.

ONAFHANKELIJKHEID en ORGANIGRAM

De ombudsfunctie werkt volledig onafhankelijk.

De ombudsfunctie is binnen het organigram zonder enige vorm van binding gesitueerd.

NEUTRALITEIT EN ONPARTIJDIGHEID EN BEROEPSGEHEIM

De ombudsdienst dient zijn functie volstrekt neutraal en onpartijdig uit te oefenen. Met het oog op het waarborgen van een onafhankelijke uitoefening van zijn opdracht, kan hij niet worden gesanctioneerd wegens de daden die hij in het kader van de correcte uitoefening van die opdracht stelt. De ombudspersoon is verplicht het beroepsgeheim te respecteren.

De principes van beroepsgeheim, onafhankelijkheid, neutraliteit en onpartijdigheid impliceren dat de contacten van de ombudsdienst met eender welke persoon, de directie en de hoofdgeneesheer inbegrepen, niet systematisch voor elke klacht mogen plaatsvinden.⁵

Herhalingsklachten worden wel met de directie opgenomen.

ONVERENIGBAARHEDEN

De functie van ombudspersoon is onverenigbaar met:

- een leidinggevende of hiërarchische functie
- het uitoefenen van een functie binnen het ziekenhuis waarbij gezondheidszorg wordt verstrekt als beroepsbeoefenaar
- een functie of een activiteit in een vereniging die de verdediging van de belangen van patiënten tot doel heeft⁶

Beide ombudspersonen nemen momenteel voor 24u/week jobtime de ombudsdienst in elke campus waar.

DESKUNDIGHEID

Naast een bachelor, een bijkomend diploma hoger onderwijs (bijv. kaderopleiding), of een masterdiploma dient de ombudsfunctionaris een opleiding in bemiddelingstechnieken gevolgd te hebben.

⁵ *Advies van de Federale Commissie Rechten van de Patiënt, betreft de positie van de ombudspersoon in het ziekenhuis en zijn relatie tegenover de beheerder, directie en hoofdgeneesheer, 22/01/2007 REF. FCRP/A/BEM/1*
Pag. 5, alinea 3

⁶ *KB Ombudsfunctie 8 juli 2003, art. 3, a., b. en c.*

RAPPORTERING EN OPVOLGING

Een totaaloverzicht van belangrijkste items wordt jaarlijks besproken met de directie. Het accent ligt op kwaliteitsverbetering. Casussen waarbij inbreng of akkoord van de directie noodzakelijk is worden eerder besproken. Herhalingsklachten en mogelijke voorstellen tot verbeteracties worden hier eveneens opgenomen.

Directie en leidinggevenden kunnen aan de hand van een rapport het aantal en de aard van klachten (zonder de inhoud) consulteren.

De directie neemt kwaliteitstekorten op als verbeterpunt en volgt deze verder op.

Jaarlijks:

Wordt het jaarverslag door de ombudsdienst opgemaakt (zie punt 6).

VERANTWOORDELIJKHEDEN VAN HET ZIEKENHUIS

Het ziekenhuis draagt er zorg voor dat:

- het personeel en de artsen handelen in overeenstemming met de WPR
- voldoende informatie wordt verstrekt die de vlotte bereikbaarheid van de ombudsfunctie garandeert
- bij afwezigheid van de ombudsdienst, de functie efficiënt kan opgevangen worden.
- de ombudspersoon de mogelijkheid heeft om ongehinderd in contact te treden met alle bij een klacht betrokken personen en inzage heeft in alle mogelijke bronnen in het kader van een correcte afhandeling.
- de ombudsdienst beschikt over een eigen bureelruimte, die toegankelijk en laagdrempelig bereikbaar is, voorzien van een inrichting dat communicatie bevorderend werkt en om mensen op een aangename manier te kunnen ontvangen.
- de ombudspersoon over de nodige administratieve en technische middelen beschikt om zijn taken te kunnen uitvoeren, inclusief een antwoordapparaat.⁷
- alle klachten in principe behandeld worden door de ombudsdienst. Wanneer een klacht rechtstreeks aan de algemene of aan een departementele directie wordt gericht, wordt er steeds melding gemaakt aan de ombudspersoon (zie punt 4) en is evaluatie nodig. Er worden onderling afspraken gemaakt over de verdere opvolging ervan. Deze afspraken bevatten de volgende punten:
 - o De ombudsdienst krijgt steeds een kopij van de melding met een verslag van de reeds ondernomen acties. Verder wordt er overleg gepleegd over de verdere aanpak van de klacht en afspraken gemaakt betreffende wie er wat zal communiceren. De directie kan voorstellen doen voor de verdere afhandeling. De ombudsdienst wordt geïnformeerd van het verdere verloop en registreert de klacht. Opvolgingspunten worden opgenomen door de departementele leidinggevenden.

Het ziekenhuis dient zich zo te organiseren dat de ombudsdienst, vanaf het ogenblik van de klacht tot de mededeling van het resultaat van de bemiddeling, bemiddelt tussen de patiënt en de betrokken beroepsbeoefenaar. (indien het voorwerp van de klacht zorggerelateerd is en gaat over de relatie tussen patiënt/zorgverlener)^{8 9}

⁷ KB houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie moet voldoen - Art. 4 § 4

⁸ KB Ombudsfunctie 8 juli 2003, art. 4, § 1, 1^o bis

⁹ Omzendbrief Minister Onkelinx aan de beheerder van het ziekenhuis, 06/07/2010

5.4 Klacht en bemiddeling

NEERLEGGING

Wijze: Elke klacht die op schriftelijke of mondelinge wijze door de patiënt zelf wordt neergelegd, is ontvankelijk.

Wie: Klachten zijn tevens ontvankelijk indien neergelegd door: rechtstreekse familie (echtgenoot/partner, broer/zus, vader/moeder, zoon/dochter) van de patiënt. Indien de klacht geformuleerd wordt vanuit een andere partij dan bovengenoemden, is de klacht onontvankelijk.¹⁰ De ombudsdienst treedt in overleg met de betrokkenen, of indien ongekend met diens leidinggevenden, er worden afspraken gemaakt over de verdere afhandeling (zie punt 3).

Anonieme klachten: zijn ontvankelijk voor wat betreft die klachten waarbij men intern gevolg tot verbetering kan geven. De melder kan echter geen feedback ontvangen.

Inhoudelijk toepassingsgebied:

De ombudsdienst is bevoegd voor **alle klachten die betrekking hebben op de WPR**. “Indien de klacht **betrekking heeft op de rechtsverhouding tussen de patiënt en de zorgverlener**, dient deze een medisch, verpleegkundig of ander gezondheidszorgberoepsmatig aspect van de zorgverstrekking als voorwerp te hebben.”¹¹

- Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening¹²
- Recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar¹³
- Recht op informatie over de eigen gezondheidstoestand¹⁴
- Recht op toestemming in iedere tussenkomst¹⁵
- Recht op een zorgvuldig bijgehouden dossier, recht op inzage en/of afschrift¹⁶
- Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer¹⁷
- Recht op het neerleggen van een klacht bij de ombudsdienst¹⁸
- Recht op pijnbestrijding¹⁹

De klachten die **buiten het voorwerp van de WPR** vallen worden behandeld in overleg met de verantwoordelijke directieleden. (Parking, cafetaria, comfort enz....).

Zuiver financiële klachten worden doorgegeven aan en verder opgevolgd en afgehandeld door het departement administratie (vb. Niet betalen van factuur, mogelijkheid tot afbetalingsplan enz...). In de praktische realiteit heeft de OD wel een mandaat om deze te behandelen.

Indien een **financiële klacht zijn oorsprong vindt in een domein binnen de WPR**, valt het onder de bevoegdheid van de ombudsdienst (vb. Niet akkoord met factuur wegens geen of onvoldoende voorafgaande informatieverstrekking betreft bepaalde items..) en is samenwerking met het departement administratie vereist. Bij elke klacht van die aard wordt individueel overleg gepleegd wie welke communicatie naar de patiënt toe zal voeren.

Bij letselschade met burgerlijke aansprakelijkheid wordt aangifte gedaan bij de verzekeraar. De directie beslist of het gaat om verzekeringsmaterie. De werkwijze werd hiervoor vastgelegd in een procedure

¹⁰ *Patiëntenrecht is een individueel recht en dient ook individueel beoefent te worden.*

¹¹ *KB Ombudsfunctie, art. 5*

¹² *Art. 5 WPR*

¹³ *Art. 6 WPR*

¹⁴ *Art. 7 WPR*

¹⁵ *Art. 8 WPR*

¹⁶ *Art. 9 WPR*

¹⁷ *Art. 10 WPR*

¹⁸ *Art. 11 WPR*

¹⁹ *Art. 11bis*

“Verzekeringsaangifte”. De ombudspersoon bereidt het verzekeringsdossier voor en bezorgt alle nodige documenten aan het DirSec en informeert de administratief directeur. Deze is bevoegd voor de verdere opvolging van het schadedossier.

Conform de wetgeving licht de ombudspersoon de patiënt/familie in over de **andere mogelijkheden** van een oplossing voor het geschil in het ziekenhuis.²⁰

De ombudsdienst kan **voorstellen doen voor een interne financiële afhandeling** van een geschil. Deze voorstellen worden gedaan aan de algemene directie, voor wat betreft de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. Wijzigingen in het ereloon van de geneesheer gebeuren steeds na voorstel en akkoord van de betrokken arts.

Indien de behandelende arts akkoord gaat voor het in mindering brengen van ereloonsupplementen, worden alle betrokken artsen op de hoogte gebracht door de facturatie zodanig dat zij, indien hiermee niet akkoord, de mogelijkheid hebben om te reageren.

Goedgekeurde afspraken worden aan het klachtendossier toegevoegd.

De ombudspersoon heeft de mogelijkheid om:

1. tijdelijk een **factuur te blokkeren** (dit is soms aangewezen tijdens het verloop van een klacht) voor een termijn van maximum 21 dagen).
2. Na overleg met de directie/arts **de factuur te laten corrigeren** op basis van nieuwe gegevens en met goedkeuring van de directie/arts
3. Een klacht kan, na onderzoek, uitmonden in een **afbetalingsplan**. De ombudspersoon kan de nodige informatie doorgeven aan de debiteurenadministratie

TERMIJN klachtenbehandeling.

De ombudsdienst streeft ernaar om 80% van de klachten te kunnen afhandelen binnen de 21 dagen. Men streeft er tevens naar om geen dossiers langer dan 3 maanden lopende te houden. In bepaalde gevallen, waarbij de termijn langer is dan voorzien (vb. vakantie) wordt de patiënt, telefonisch of schriftelijk, tussentijds geïnformeerd betreft de verlengde periode.²¹

Werkwijze klachtenbehandeling (zie procedure klachtenbehandeling):

Docmans: http://zidoc/sites/docmans/EPQDoc_Read/Klachtenbehandeling%20in%20AZR.pdf

SAM: <http://sam/proehandl/Procedures/Klachtenbehandeling%20in%20AZR.pdf>

5.5 Jaarverslag ombudsdienst

INHOUD

Het jaarverslag geeft een totaalbeeld weer van de registraties van de klachten uitgevoerd doorheen het jaar. In het jaarverslag worden ook alle acties en initiatieven opgenomen die in het jaar werden ondernomen door de betrokken diensten.

²⁰ Art. 11 § 2, 3°

²¹ KB Ombudsfunctie, art. 7

Het jaarverslag eindigt steeds met het aangeven van de moeilijkheden, de herhalingsklachten en eventuele voorstellen ter verbetering van de zorg/organisatie.

AZR hanteert een registratie-software-systeem dat een dynamisch rapport en op elk moment de actuele staat van klachten en de afhandeling ervan, weergeeft.

AZR streeft naar een uniform sjabloon ivm het voorstel van het jaarverslag.

PRIVACY

Het verslag mag geen elementen van identiteit bevatten van mogelijke betrokkenen. Na het realiseren van het jaarverslag worden alle persoonsgegevens uit de klachtenregistratie verwijderd. Het registratie-software-systeem kan automatisch alle persoonsgegevens wissen na een jaar. Het dynamisch rapport geeft geen persoonlijke gegevens weer. Inhoud De ID-gegevens en de inhoud van de klacht zijn enkel zichtbaar voor de ombudsdienst.

NEERLEGGING VERSLAG

Het verslag wordt verplicht overgemaakt ten laatste voor 30 april van het volgend kalenderjaar aan:

- de voorzitter van het Bestuursorgaan
- de directie
- de medische raad
- de hoofdgeneesheer
- Het jaarverslag moet binnen het ziekenhuis geraadpleegd kunnen worden door de bevoegde geneesheer-inspecteur²²

Praktisch wordt voor 30 april van het volgende kalenderjaar het jaarverslag gepost op het intranet, op de site van de ombudsdienst. Dit gegeven wordt aangekondigd op de homepagina van het intranet. Het jaarverslag wordt in een format van een PTT voorgelegd.

De ombudsdienst zal het jaarverslag in de juiste format voorzien voor de Vlaamse Ombudsman aan wie de ombudsdienst jaarlijks dient te rapporteren.

5.6 Slotbepalingen

Dit document werd samengesteld gebaseerd op het "Advies betreffende het huishoudelijk reglement van de ombudsfunctie in de ziekenhuizen en de overlegplatformen GGZ", gepubliceerd op 12/06/2009 door de Federale Commissie Rechten van de Patiënt.

Ter informatie wordt het Huishoudelijk reglement voorgelegd aan de volgende organen/functies:

- Directiecomité
- Medische Raad
- Hoofdgeneesheer
- Onthaal, ter inzage van belangstellenden: zij consulteren de online versie op www.AZR.be.

²² KB Ombudsfunctie, art. 9, § 2, 2°

5.7 Goedkeuring het Bestuursorgaan (afgevaardigd bestuurder)

24/02/2022

5.8 Communicatie rond implementatie

Kennisname van deze procedure gebeurt via aangeduide wijze en tijdstippen :

- | | |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> via mail | d.d. : |
| <input type="checkbox"/> via overlegmoment/vergadering | d.d. : |
| <input type="checkbox"/> via Q-flash | d.d. : |
| <input checked="" type="checkbox"/> via intranet | d.d. : 24/04/2023 |
| <input type="checkbox"/> via ... | d.d. : |

Elke betrokken medewerker moet ten allen tijde kunnen aantonen dat de geleverde zorg/dienst uitgevoerd wordt zoals beschreven in het beleid.

6 Aandachtspunten en mogelijke complicaties

- Niet van toepassing

7 Aanverwante documenten en bijlagen *(hyperlink/referenties)*

- Niet van toepassing

8 Referenties en bronnen *(hyperlink/referenties)*

- Niet van toepassing

- <http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@legalmanagement/documents/ie2divers/17860557.pdf>
- **Wet patiëntenrechten 22/08/2002**