

**ZOL GENK**

Campus Sint-Jan  
Campus Sint-Barbara  
Medisch Centrum André Dumont  
**ZOL MAAS EN KEMPEN**

# Bachelorproef

**ZOL GENK**

Campus Sint-Jan  
Synaps Park 1  
B 3600 Genk

**Campus Sint-Barbara**

Bessemmerstraat 478  
B 3620 Lanaken

**Medisch Centrum André Dumont**

Stalenstraat 2a  
B 3600 Genk

**ZOL MAAS EN KEMPEN**

Diestersteenweg 425  
B 3680 Maaseik

ZOL GENK  
tel. +32(0)89 80 80 80  
ZOL MAAS EN KEMPEN  
tel.+32(0)89 50 50 50  
info@zol.be

## INLEIDING

Deze informatiebrochure geeft u meer achtergrondinformatie over de werking van de dienst (vul dienst in) en tracht op een aantal veel gestelde vragen antwoord te geven.

Mocht u na het lezen van deze brochure nog vragen hebben, aarzel dan niet om ze te stellen. Uw behandelend arts en/of de verpleegkundigen zijn steeds bereid om op al uw vragen te antwoorden.

# 01 WAT IS DE DIENST(VER-LENIING)?

Geef een beknopte toelichting over de dienst of dienstverlening.

Pas de titel aan indien nodig.

## 1.1 Het traject

Beschrijf het traject zoals de patiënt dat zal doorlopen. Waar komt hij binnen, waar meldt hij zich aan, wat gebeurt er eerst, ...

Pas de titel aan indien nodig of verwijder het item indien het niet van toepassing is.

## 1.2 Duur van de behandeling

Hoe vaak moet patiënt komen?

Voor hoe lang?

Hoe lang duurt de behandeling?

Pas de titel aan indien nodig of verwijder het item indien het niet van toepassing is.

## 1.3 Voor- of nadelen van de behandeling

Zijn er voor- of nadelen verbonden aan de dienstverlening waarvan

de patiënt op de hoogte moet zijn?

Pas de titel aan indien nodig of verwijder het item indien het niet noodzakelijk is.

## **02** VOOR WIE IS DE DIENST(VER-LENIING) TOEGANKELIJK?

### **2.1 Wie kan er gebruik maken van de dienst(verlening)?**

Beschrijf welke patiënten kunnen gebruik maken van de dienstverlening? Moet de patiënt aan bepaalde voorwaarden voldoen? Welke voorschriften of verwijzingen heeft de patiënt nodig.

Indien niet van toepassing verwijder het item. Pas de titel aan indien nodig.

### **2.2 Wat brengt u mee?**

Beschrijf welke documenten de patiënt moet meenemen? Heeft de patiënt bijzondere hulpmiddelen of producten nodig waarvoor hij zelf moet zorgen?

Pas de titel aan indien nodig of verwijder het item indien niet van toepassing.

## **03** WANNEER IS DE DIENSTVERLENIING BESCHIKBAAR?

### **3.1 Wat zijn de openingsuren?**

Noteer de openingsuren van de dienstverlening.

Indien niet van toepassing verwijder het item.

Pas de titel aan indien nodig.

### **3.2 Bereikbaarheid**

Op welke manier kan men de dienst bereiken? (telefoon, fax, email, website). Wie moet de patiënt verwittigen als de afspraak niet kan doorgaan?

Indien niet van toepassing verwijder het item. Pas de titel aan indien nodig.

## 04 TOT SLOT

Het volledige zorgteam van (vul in), zal trachten u zo goed mogelijk te ondersteunen.

Heeft u vragen, opmerkingen of suggesties, laat het ons weten.

Wij zijn er om u te helpen!

Heeft u opmerkingen bij deze brochure?

Geef ons gerust een seintje!

Contactpersoon ...

Telefoonnummer ...

Email ...

## This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



[www.ZOL.be](http://www.ZOL.be)



[www.twitter.com/ZOLziekenhuis](https://www.twitter.com/ZOLziekenhuis)



[www.facebook.com/ZOLzh](https://www.facebook.com/ZOLzh)



[www.youtube.com/user/ZOLziekenhuis](https://www.youtube.com/user/ZOLziekenhuis)

Schrijf u in op onze nieuwsbrief via [www.zol.be](http://www.zol.be)

Raadpleeg online uw medisch dossier via [www.mijnzol.be](http://www.mijnzol.be)