

AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF Vernietiging Medische Gegevens

Gegevens patiënt

| | |
|-----------------------------|--|
| Achternaam en voorletters: | |
| Meisjesnaam: | |
| Geboortedatum: | |
| Adres: | |
| Postcode en woonplaats: | |
| Telefoon (privé of mobiel): | |
| E-mailadres: | |

Onderstaande alleen invullen als de aanvrager een andere persoon is dan de patiënt (dit is uitsluitend toegestaan bij kinderen jonger dan 16 jaar):

| | |
|------------------------------------|--|
| <i>Naam aanvrager:</i> | |
| <i>Relatie tot patiënt:</i> | |
| <i>Adres:</i> | |
| <i>Postcode en woonplaats:</i> | |
| <i>Telefoon (privé of mobiel):</i> | |
| <i>E-mailadres:</i> | |

Verzoekt om:

- Inzage medisch dossier
- Kopie van/uit medisch dossier
- Correctie van de objectieve gegevens in het medisch dossier
- Vernietiging van medische gegevens uit het medisch dossier

Het betreft gegevens over de behandeling bij (huisarts, praktijkondersteuner, enz.):

.....

Behandeling vond plaats in de periode(n):

Indien het verzoek alleen bepaalde gegevens betreft, om welke gegevens gaat het dan?

.....

Verzending:

Het afschrift wordt u per post toegezonden. In overleg kan het ook worden opgehaald.

Ondertekening patiënt/aanvrager (doorhalen wat niet van toepassing is):

Plaats: Datum:

Handtekening

Registratienummer legitimatiebewijs:

Wij vragen u het aanvraagformulier zelf langs te brengen bij de praktijk en uw legitimatiebewijs mee te nemen zodat wij uw identiteit kunnen verifiëren.