

AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF Vernietiging MEDISCHE GEGEVENS

Uw gegevens

Achternaam en voorletters:	
Meisjesnaam:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoon (vast 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 (vast of mobiel):</i>	
<i>E-mailadres:</i>	

Verzoekt om:

- Inzage medisch dossier
- Kopie medisch dossier
- Correctie van gegevens in het medisch dossier
- Vernietiging van gegevens uit het medisch dossier

Het betreft gegevens over de behandeling bij de huisarts, assistente, praktijkondersteuner:

.....
.....

Behandeling vond plaats in de periode(n):

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

.....

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

Plaats:

datum:

Handtekening:

Registratienummer legitimatiebewijs:

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

Het afschrift dient u persoonlijk in ontvangst te nemen. Indien gewenst kunt u hiervoor ook iemand machtigen. De assistente zal hierbij nogmaals vragen naar het legitimatiebewijs.

Uw afschrift kunt u uitsluitend op afspraak komen ophalen. Nimmer worden afschriften aan een derde of een niet-gemachtigde meegegeven.