

**AANVRAAGFORMULIER VOOR INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF
VERNIETIGING VAN 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

Z.O.Z.

Het betreft gegevens over de behandeling bij (naam 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.