

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?

.....

Ondertekening

Het afschrift wordt in principe door u zelf opgehaald.

LET OP!

bij een leeftijd tussen 12 en 16 jaar, dienen zowel ouder als het kind zelf een handtekening te zetten voor akkoord.

Patiënt:

Plaats: Datum:

Handtekening

Indien van toepassing ouder/aanvrager:

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.