

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?

.....
.....

Akkoord patiënt:

- Het afschrift kan alleen door u persoonlijk (of een evt. gemachtigde) bij onze praktijk opgehaald worden.
- U legitimeert zich zowel bij het afgeven van het aanvraagformulier als bij het ophalen van het afschrift van uw medisch dossier, met een geldig legitimatiebewijs.
- U krijgt het afschrift mee nadat u terplekke de onkosten hiervan contant of per bankpas heeft voldaan.

Aankruisen wat van toepassing is:

O aanvrager komt zelf ophalen

O aanvrager geeft toestemming om namens hem/haar onderstaande als gemachtigde het afschrift op te halen:

de heer/mevrouw :,

geb datum :

Registratienummer legitimatiebewijs :

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

Plaats: Datum:

Handtekening:

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