

AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF VERNIETIGING MEDISCHE GEGEVENS

Gegevens patiënt:

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

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

Naam aanvrager:	
Relatie tot patiënt:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoon (privé of mobiel):	
E-mailadres:	

Patiënt 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. Indien u dit wenst, kan de inzage of het afschrift ook elektronisch aan u worden verstrekt.

Verzending (maak een keuze):

- Per post
 Elektronisch

In overleg kan het afschrift 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.