



**AANVRAAGFORMULIER
INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF Vernietiging MEDISCHE GEGEVENS**

Gegevens patiënt:

achternaam en voorletters	
meisjesnaam	
geboortedatum	
adres	
postcode & woonplaats	
telefoon (privé of mobiel)	
e-mailadres	

Onderstaande tabel alleen invullen als de aanvrager een ander persoon is dan de patiënt wiens gegevens hierboven zijn ingevuld (uitsluitend toegestaan bij kinderen jonger dan 16 jaar):

naam aanvrager	
relatie tot patiënt	
adres	
postcode & woonplaats	
telefoon (privé of mobiel)	
e-mailadres	

Verzoekt om:

- inzage medisch dossier
- kopie van/uit medisch dossier
- correctie van de objectieve gegevens in medisch dossier
- vernietiging van medische gegevens in medische dossier

Het betreft gegevens over de behandeling bij (naam huisarts, praktijkondersteuner, enz.):

De behandeling vond plaats in de periode(n):

Indien het verzoek alleen bepaalde gegevens betreft: om welke gegevens gaat het?

Verzending:

Het afschrift wordt u per post toegezonden. In overleg kan het ook worden opgehaald.

Ondertekening:

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

plaats: _____ datum: _____

handtekening: _____

registratienummer legitimatiebewijs: _____

We verzoeken u vriendelijk dit aanvraagformulier zelf af te geven bij de praktijk en uw legitimatiebewijs mee te nemen, zodat we uw identiteit kunnen verifiëren