

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 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.

Bij verzoek tot een afschrift kan dit worden afgehaald 14 dagen na het indienen van het verzoek. U dient zich dan wederom te identificeren.

Bij verzoek tot inzage, correctie of vernietiging van (deel van) uw medisch dossier wordt er altijd een afspraak gemaakt bij de huisarts om dit te bespreken.