Aanvraagformulier inzage, afschrift, correctie of vernietiging medische gegevens

Gegevens patiënt

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam en voorletters: |  |
| Meisjesnaam: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Adres: |  |
| Postcode en woonplaats: |  |
| Telefoon (prive of mobiel): |  |
| Emailadres: |  |

Onderstaande alleen invullen als de aanvragen 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 (prive of mobiel): |  |
| Emailadres: |  |

Verzoekt om:

O Inzage medisch dossier

O Kopie van/uit medisch dossier

O Correctie van de objectieve gegevens in het medisch dossier

O Vernietiging van medische gegevens uit het medisch dossier

Het betreft gegevens over de behandeling bij ………………………………………………………………

Behandeling vond plaats in de periode(n)………………………………………………………………………

Indien het verzoek alleen bepaalde gegevens betreft, om welke gegevens gaat het dan?

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Bij verzoek om een kopie van/uit uw dossier kunt u het afschrift na 1 week aan de balie op vertoon van uw ID ophalen.

Bij verzoek om inzage/correctie/vernietiging van uw gegevens zal u uitgenodigd worden op het spreekuur.

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.