

AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF Vernietiging Medische Gegevens

Gegevens patiënt

Achternaam en voorletters	:	
Meisjesnaam	:	
Geboortedatum	:	
Adres	:	
Postcode en woonplaats	:	
Telefoon	:	
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):

Naam aanvrager	:	
Relatie tot de patiënt	:	
Adres	:	
Postcode en woonplaats	:	
Telefoon	:	
E-mailadres	:	

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 van het medisch dossier kunt u aan de balie van de praktijk ophalen. Voor ontvangst moet u tekenen. In overleg kan het afschrift ook worden opgestuurd per aangetekend schrijven. De kosten voor het aangetekend verzenden zijn voor rekening van de patiënt of aanvrager en moeten vooraf worden voldaan.

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 geldige legitimatiebewijs mee te nemen zodat wij uw identiteit kunnen verifiëren.