

**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 gegevens alleen invullen als de aanvrager een andere persoon is dan de patiënt. Bij kinderen jonger dan 16 jaar zijn dat de ouders en bij patiënten ouder dan 16 jaar is dat de wettelijke vertegenwoordiger**

<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

(zie ommezijde, ook deze pagina volledig invullen svp)

Het betreft gegevens over de behandeling bij (naam 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. In overleg kan het ook worden opgehaald.

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

Plaats: ..... Datum: .....

Handtekening .....

Registratienummer legitimatiebewijs: .....

Uw verzoek wordt na verificatie binnen een termijn van 30 dagen afgehandeld.

**Wij vragen u het aanvraagformulier zelf langs te brengen bij de praktijk en uw legitimatiebewijs mee te nemen zodat wij uw identiteit kunnen verifiëren.**