

AANVRAAGFORMULIER

inzage, afschrift, correctie of vernietiging medische gegevens

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

Patiëntgegevens

Voorletters & achternaam

Meisjesnaam

Geboortedatum

Adres

Postcode & woonplaats

Telefoonnummer

E-mail

Gegevens aanvrager

(uitsluitend toegestaan bij kinderen jonger dan 16 jaar)

Naam aanvrager

Relatie tot patiënt

Adres

Postcode & woonplaats

Telefoonnummer

E-mail

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

Gegevens over behandeling (huisarts, praktijkondersteuner enz.)

.....

Periode behandeling

.....

Om welke bepaalde gegevens gaat het?

.....

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

Ondertekening patiënt aanvrager

Plaats

Datum

Legitimatiebewijsnummer

Handtekening

