

## AANVRAAGFORMULIER

inzage, afschrift, correctie of vernietiging medische gegevens

Het afschrift wordt u  
per e-mail toegezonden.

### Patiëntgegevens

Voorletters & achternaam .....

Geboortenaam .....

Geboortedatum .....

Adres .....

Postcode & woonplaats .....

Mobiel telefoonnummer .....

E-mail .....

**Gegevens aanvrager**  
(uitsluitend toegestaan  
bij kinderen jonger dan  
16 jaar)

Naam aanvrager .....

Relatie tot patiënt .....

Adres .....

Postcode & woonplaats .....

Mobiel 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. **Zonder mobiel telefoonnummer en e-mailadres** kunnen wij uw medische gegevens **niet versturen**.

**Ondertekening**  patiënt  aanvrager

**Plaats** ..... **Datum** .....

**Legitimatiebewijsnummer** ..... **Handtekening**