

AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF Vernietiging Medisch Gegevens

Gegevens patiënt

Naam en voorletters
Meisjesnaam
Geboortedatum
Adres
Postcode en woonplaats
Telefoon (privé) Telefoon mobiel
E-mail adres

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 patiënt
Adres
Postcode en woonplaats
Telefoon (privé) Telefoon mobiel
E-mail adres

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, specialist, fysiotherapeut, enz.):

.....

Behandeling vond plaats in de periode(n):

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

.....

.....

Afgifte:

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

Plaats: Datum:

Handtekening:

Registratienummer legitimatiebewijs (kopie bijvoegen):

U levert het aanvraagformulier samen met een kopie van uw legitimatiebewijs in bij de huisartsenpraktijk.

Hierbij machtig ik,

Plaats: Datum:

Handtekening:

Registratienummer legitimatiebewijs (kopie bijvoegen):