

**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:	

1

**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 of mobiel):	
E-mailadres:	

**Verzoekt om:**

- Inzage medisch dossier
- Kopie van/uit medisch dossier
- Correctie van de gegevens in het medisch dossier
- Vernietiging van medische gegevens uit het medisch dossier

Het betreft gegevens over de behandeling bij (naam):

.....

Behandeling vond plaats in de periode(n): .....

Om welke gegevens gaat het?

.....

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

Na inlevering van dit aanvraagformulier kunt u zoals wettelijk bepaald binnen één maand een reactie van ons op uw verzoek verwachten.