



## 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 alleen invullen als de aanvrager een andere persoon is dan de patiënt (dit is uitsluitend toegestaan bij kinderen jonger dan 16 jaar):**

<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

Het betreft gegevens over de behandeling bij (huisarts, praktijkondersteuner, enz.):

\_\_\_\_\_

Behandeling vond plaats in de periode(n):

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Ruimte voor eventuele opmerkingen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

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