

## 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?

.....

**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.**