**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 gegevens 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 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 afschrift ook worden opgehaald.

Ondertekening patiënt/aanvrager (s.v.p. 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.**