

**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

Wilt u hieronder uw bovenstaande keuze verder toelichten. Dan kunnen we uw gegevens makkelijker vinden.

.....  
.....

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 precies?

.....

**Verzending:**

Het afschrift wordt u per beveiligde mail 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.**