**AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF VERNIETIGING**

**MEDISCHE GEGEVENS**

**Gegevens patiënt**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam en voorletters: |  |
| Meisjesnaam: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Adres: |  |
| Postcode en woonplaats: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| E-mailadres: |  |

***Onderstaande 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:* |  |
| *Telefoonnummer:* |  |
| *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

**Betreffende gegevens over de behandeling**

bij (huisarts, praktijkondersteuner, enz.): ……………………………………..

in de periode(n): ……………………………………..

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

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

**Afhalen/verzending:**

Het afschrift kunt u aan de balie afhalen. In overleg kan het ook per post worden toegezonden.

**Ondertekening:**

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.**