**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 ander 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 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.**