

**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 blok 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?

.....

**Ontvangst:**

Na ontvangst van dit formulier zal met u worden afgesproken wanneer het evt. aangevraagde afschrift kan worden opgehaald in de praktijk.

**Ondertekening:**

Patiënt/aanvrager (doorhalen wat niet van toepassing is):

Plaats: ..... Datum: .....

Handtekening .....

Registratienummer legitimatiebewijs: .....

**Kinderen:**

Jonger dan 12 jaar > Enkel de gezagdragers hoeven het formulier te ondertekenen.

Ouder dan 12 jaar > Het kind en de gezaghebbers ondertekenen het formulier.

Ouder dan 16 jaar > Onderteken zelf het formulier.

- Is er maar 1 gezagdrager dan ontvangen wij graag een wettelijk bewijs hiervan bij dit formulier.

Datum:	Gezagsdrager 1:	Gezagsdrager 2:
Naam:		
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.**