

**AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF Vernietiging
MEDISCHE GEGEVENS**

Gegevens patiënt

Achternaam en voorletters:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoon (privé of mobiel):	
E-mailadres:	

Onderstaande alleen invullen wanneer u als zijnde de aanvrager wettelijk vertegenwoordiger bent van de betreffende patiënt én dit bekend is bij de praktijk.

<i>Naam aanvrager:</i>	
<i>Relatie tot patiënt:</i>	
<i>E-mailadres:</i>	

Hierbij verzoekt ondertekende:

- Inzage in het medisch dossier
- Kopie van gegevens uit het 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?

--

Ondertekening:

Datum:	Plaats:
Handtekening:	

Wij vragen u het aanvraagformulier zelf langs te brengen bij de praktijk en uw legitimatiebewijs mee te nemen zodat wij uw identiteit kunnen verifiëren.