

## Inzage, afschrift, correctie of vernietiging medische gegevens

### Gegevens patiënt.

Achternaam, voorletter(s) ..... Postcode + woonplaats .....

Meisjesnaam ..... Telefoon .....

Geboortedatum ..... Mobiel .....

Adres ..... E-mail .....

Onderstaande alleen invullen als de aanvrager een andere persoon is dan de patiënt.  
(dit is uitsluitend toegestaan bij kinderen jonger dan 16 jaar)

### Aanvrager

Achternaam, voorletters ..... Geboortedatum .....

Relatie tot patiënt ..... Telefoon .....

Adres ..... Mobiel .....

Postcode + woonplaats ..... E-mail .....

### Verzoekt om:

(aankruizen wat van toepassing is)

- Inzage medisch dossier                       Correctie van de objectieve gegevens in het medisch dossier
- Kopie van/uit medisch dossier               Vernietiging van medische gegevens uit het medisch dossier

Het betreft gegevens over de behandeling bij: .....  
(huisarts, praktijkondersteuner, etc.)

Behandeling vond plaats in de periode(s) .....

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

.....  
.....

Ondertekening patiënt/aanvrager  
(doorhalen wat niet van toepassing is)

Registratienummer legitimatiebewijs ..... Plaats ..... Datum .....

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.