

## AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF Vernietiging van 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 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?

--

### **U kunt het op de praktijk ophalen**

Het afschrift kunt u op de huisartsenpraktijk ophalen op vertoon van uw legitimatiebewijs.  
In overleg kan het u ook per post worden toegezonden.

Plaats: .....

Datum: .....

Handtekening: .....

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

Wij honoreren uw aanvraag zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 4 weken.