

Aanvraagformulier inzage, afschrift, correctie of vernietiging medische gegevens

Huisartsenpraktijk Buren
Dreef 7
4116 CW Buren

Gegevens patiënt:

| | |
|-----------------------------|--|
| Achternaam en voorletters: | |
| Meisjesnaam: | |
| Geboortedatum: | |
| Adres: | |
| Postcode en woonplaats: | |
| Telefoon (privé of mobiel): | |
| E-mailadres: | |
| Registratienummer ID-bewijs | |

Gegevens aanvrager:

(onderstaande alleen invullen als de aanvrager een andere 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: | |
| Registratienummer ID-bewijs | |

Verzoek:

- 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 wenst de gegevens op de volgende wijze te ontvangen:

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

Plaats:

Datum:

Handtekening:

Ondertekening patiënt/aanvrager betreft inzage / kopie / correctie / vernietiging (doorhalen wat niet van toepassing is):

Plaats:

Datum:

Handtekening:
