

Huisartsenpraktijk Mir

AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF Vernietiging MEDISCHE GEGEVENS

Gegevens patiënt

Naam en voorletters:

Meisjesnaam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoon (privé): mobiel:

E-mail adres:

Indien de aanvrager een ander persoon is dan de patiënt (*uitsluitend toegestaan bij kinderen jonger dan 16 jaar of indien de patiënt niet meer in leven is*)

Naam aanvrager: Relatie tot patiënt:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoon (privé): mobiel:

E-mail adres:

Indien de patiënt is overleden (zie toelichting z.o.z.) hier a.u.b. datum van overlijden invullen:

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, fysiotherapeut, enz.):

Behandeling vond plaats in de periode(n):

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

.....

Verzending:

Het afschrift wordt u per post toegezonden. In overleg kan het ook worden opgehaald.

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

Plaats: Datum:

Handtekening

Registratienummer legitimatiebewijs (kopie meesturen):

U kunt het aanvraagformulier samen met een kopie van uw legitimatiebewijs opsturen naar of afgeven bij de praktijk.