**Formulier afschrift/inzage/correctie medische gegevens**

* Lever het volledig ingevulde formulier persoonlijk in op de praktijk in en neem een geldig identiteitsbewijs mee.
* Het afschrift wordt binnen 5 werkdagen via een beveiligde mail naar u verzonden.

**Gegevens patiënt**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam en voorletters: |  |
| Meisjesnaam: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Adres: |  |
| Postcode en woonplaats: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| E-mailadres: |  |

***Alleen invullen als de aanvrager een ander is dan de patiënt (alleen toegestaan bij kinderen jonger dan 16 jaar of personen die zijn gemachtigd door de patiënt)***

|  |  |
| --- | --- |
| Naam aanvrager: |  |
| Relatie tot patiënt: |  |
| Adres: |  |
| Postcode en woonplaats: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| E-mailadres: |  |

**Verzoek betreft:**

* Afschrift uit het medisch dossier
* Inzage in het medisch dossier
* Correctie van gegevens uit het medisch dossier
* Vernietiging van gegevens uit het medische dossier

Reden van aanvraag: ……………………………………………………………………………………………………………………………

Gegevens betreffen behandeling bij (naam behandelaar): ………………………………………………………………..…

Behandeling vond plaats in de periode: …………………………………………………………………………………………….…

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

Plaats: ……………………..… Datum: …………………………..

Handtekening: ……………………………………………………………………………

Registratienummer identiteitsbewijs: …………………………………………