**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):***

|  |  |
| --- | --- |
| *Naam aanvrager:* |  |
| *Relatie tot patiënt:* |  |
| *Adres:* |  |
| *Postcode en woonplaats:* |  |
| *Telefoon (privé of mobiel):* |  |
| *E-mailadres:* |  |

**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?

......................................................................................................

Ondertekening patiënt/aanvrager:

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

Handtekening ........................................................................

Registratienummer legitimatiebewijs: ..................................

**Procedure:**

**1. Vul dit formulier in + maak een afspraak bij uw huisarts**

**2. Samen kunt u bespreken wat uw wensen zijn, dat direct uitvoeren of afspraken maken over kopieën**

**3. Bij het ophalen van eventuele kopieën schrijft de wet voor dat u zich legitimeert**