

Aanvraagformulier inzage, afschrift, correctie of vernietiging medische gegevens

Huisartsenpraktijk Berkenhove
Nieuwe Deventerweg 99
8014 AE Zwolle

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:
