**Huisartsenpraktijk aan de Statie, Vlijmen**

**AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF VERNIETIGING 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 (doorhalen wat niet van toepassing is):**

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

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

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

Wij vragen u het aanvraagformulier zelf langs te brengen bij de praktijk en uw

legitimatiebewijs mee te nemen zodat wij uw identiteit kunnen verifiëren.