**AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF VERNIETIGING MEDISCHE GEGEVENS**

**Let op**: In de praktijk merken we regelmatig dat derden (bijvoorbeeld werkgevers, sportscholen) het beroepsgeheim trachten te omzeilen door te eisen dat patiënten zelf hun medische gegevens opvragen om aan hun ter beschikking te stellen. Denkt u dat dit bij u het geval is, overleg dan vóór het opvragen van de gegevens met ons hoe het beste te handelen.

**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

ZOZ

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?

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

**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: .............................................................

**Wij vragen u het aanvraagformulier zelf langs te brengen bij de praktijk en uw legitimatiebewijs mee te nemen zodat wij uw identiteit kunnen verifiëren.**