

PRIVACYREGLEMENT AANVRAAGFORMULIER
Inzage- of Wijziging- of en Vernietigingsaanvraag 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 wat uitsluitend is 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
(Wettelijke regelgeving is hierop van toepassing, dat medebepaald wat wel en niet kan-mag)
- ☐ Vernietiging van medische gegevens uit het medisch dossier

Het betreft gegevens over de behandeling van huisarts/ zorgmedewerker:

Behandeling vond plaats in de periode(n):

Betreft het verzoek alleen bepaalde gegevens, vult u dan a.u.b. duidelijk in welke gegevens u bedoelt.

.....

Verzending:

Het afschrift wordt u per post toegezonden. In overleg kan het ook worden opgehaald.

Ondertekening patiënt/ aanvrager (haal door wat niet van toepassing is):

Plaats:

Datum:

Handtekening aanvrager:

Registratienummer geldig legitimatiebewijs:

Wij vragen u het aanvraagformulier zelf in te leveren bij ons en uw legitimatiebewijs mee te nemen zodat wij uw identiteit, zoals wettelijk verplicht is, te kunnen verifiëren. (Bron LHV)