



Huisartsenpraktijk van der Windt

Aanvraagformulier

Inzage, afschrift, correctie of vernietiging medische gegevens

Gegevens patiënt/aanvrager

Voorletter(s):	
Achternaam:	
Geslacht:	Man / Vrouw
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
BSN nummer	
Telefoonnummer:	
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:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoonnummer:	
E-mailadres:	
Wat is de relatie van de gemachtigde tot u?	

Verzoek

- Inzage medisch dossier
- Correctie van de objectieve gegevens in het medisch dossier
- Kopie van/uit 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?



Huisartsenpraktijk van der Windt

Aanvraagformulier

Inzage, afschrift, correctie of vernietiging medische gegevens

Verzending:

Het afschrift wordt u per beveiligde e-mail toegezonden.

Ondertekening:

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.