# aanvraagformulier mbt medische gegevens

## aanvraagformulier inzage, afschrift, correctie of vernietiging medische gegevens

**Gegevens patiënt**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam en voorletters: |  |
| Meisjesnaam: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Adres: |  |
| Postcode en woonplaats: |  |
| Telefoon (privé en/of mobiel): |  |
| E-mailadres: |  |

***Onderstaande gegevens invullen als de aanvrager een andere persoon is dan de patiënt*** *(dit is uitsluitend toegestaan bij kinderen jonger dan 16 jaar of wanneer de patiënt is overleden):*

|  |  |
| --- | --- |
| Naam aanvrager: |  |
| Relatie tot patiënt: |  |
| Adres: |  |
| Postcode en woonplaats: |  |
| Telefoon (privé en/of mobiel): |  |
| E-mailadres: |  |
| evt. Overlijdensdatum patiënt: |  |

**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.**