

**AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF Vernietiging medische gegevens  
Huisartsenpraktijk De Haer**

**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?

.....

**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.**