

Inzage/afschrift/vernietiging medisch dossier

Hierbij verzoek ik om:

- Inzage in het medische dossier
- Afschrift van het medisch dossier
- Afschrift van een deel van het medisch dossier, te weten:

- Vernietiging van het medisch dossier
- Vernietiging van een deel van het medisch dossier, te weten:

Gegevens patiënt

Naam en voorletters:..... Man / Vrouw*

Geboortedatum

Adres:

Postcode en woonplaats:

Burger Service Nummer: Patiëntnummer

Telefoon: Mobiel:

E-mailadres:

* Doorhalen wat niet van toepassing is



Indien de aanvrager een ander persoon is dan de patiënt:

Naam aanvrager: Relatie tot patiënt

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoon: Mobiel

E-mail adres:

Geeft patiënt toestemming tot inzage / afschrift / vernietiging? Ja / nee*

Handtekening patiënt voor toestemming:

Handtekening vertegenwoordiger:

Ondertekening aanvraag

Plaats: Datum:

Handtekening patiënt of aanvrager:

Handtekening ouder 1 (bij kinderen jonger dan 16)

Handtekening ouder 2 (bij kinderen jonger dan 16)

Handtekening patiënt tussen 12-16 jaar

Gelieve deze aanvraag te voorzien van een beveiligde kopie van uw Identiteitsbewijs (paspoort, rijbewijs, ID-kaart).

* Doorhalen wat niet van toepassing is



Handtekening behandelend arts voor akkoord

Naam:

Indien een ander dan patiënt om inzage/afschrift/vernietiging vraagt:

Geeft patiënt toestemming voor inzage door bovengenoemde vertegenwoordiger?

ja / nee / n.v.t.

Hebben vertegenwoordiger en patiënt tegenstrijdige belangen?

ja / nee / n.v.t.

Handtekening:

Datum en plaats:

