

## Huisartsenpraktijk Arnhem Centrum

### AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF Vernietiging MEDISCHE GEGEVENS

#### Gegevens patiënt

Naam en voorletters: .....

Meisjesnaam: .....

Geboortedatum: .....

Adres: .....

Postcode en woonplaats: .....

Telefoon (privé): ..... mobiel: .....

E-mail adres: .....

Indien de aanvrager een ander persoon is dan de patiënt (*uitsluitend toegestaan bij kinderen jonger dan 16 jaar of indien de patiënt niet meer in leven is*)

Naam aanvrager: ..... Relatie tot patiënt: .....

Adres: .....

Postcode en woonplaats: .....

Telefoon (privé): ..... mobiel: .....

E-mail adres: .....

Indien de patiënt is overleden (zie toelichting z.o.z.) hier a.u.b. datum van overlijden invullen: .....

#### 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, fysiotherapeut, enz.): .....

Behandeling vond plaats in de periode(n): .....

Indien het verzoek 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 (kopie meesturen): .....

**U kunt het ingevulde formulier afgeven bij:**

Huisartsenpraktijk Arnhem Centrum, Willemsplein 27, 6811KC Arnhem  
T.a.v. Melissa van Aalst, praktijkmanager

Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.