

**AANVRAAGFORMULIER**

**Inzage, afschrift, correctie of vernietiging medische gegevens van patiënt tussen de 12-16 jaar**

Gegevens patiënt

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam en voorletters :  |  |
| Geboortedatum :  |  |
| Adres :  |  |
| Postcode en woonplaats :  |  |
| Telefoon (privé of mobiel) :  |  |
| Emailadres :  |  |

Ouder / voogd verzoekt om :

* Inzage medisch dossier
* Kopie van medisch dossier
* Correctie van de objectieve gegevens in het medisch dossier
* Gedeeltelijke vernietiging van medische gegevens uit het medisch dossier

Het betreft gegevens over de behandeling bij (huisarts, praktijkondersteuner, etc) :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

Indien het verzoek alleen bepaalde gegevens betreft, om welke gegevens gaat het dan?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Belangrijke informatie :

-Het afschrift kan alleen door patiënt EN ouder / voogd persoonlijk (of evt. een gemachtigde) bij onze praktijk opgehaald worden.

-De patiënt EN ouder / voogd legitimeert zich zowél bij het afgeven van het aanvraagformulier als bij het ophalen van het afschrift van het medisch dossier met een geldig legitimatiebewijs.

-De ouder / voogd krijgt het afschrift mee nadat hij / zij ter plekke de onkosten hiervan contant of per bankpas heeft voldaan.

*Aankruisen wat van toepassing is :*

* Patiënt EN ouder / voogd komen het zelf ophalen
* Patiënt EN ouder / voogd geven toestemming om namens hen onderstaande als gemachtigde het afschrift op te halen:

De heer/mevrouw …………………………………………………………………………………..

Geboortedatum …………………………………………………………………………………..

Registratienummer legitimatiebewijs …………………………………………………………………………………..

Ondertekening patiënt EN ouder met gezag / voogd:

Plaats : …………………………………….. Datum : ……………………………………………

Handtekening patiënt : ………………………………………………………………………………………………………………

Handtekening ouder met gezag / voogd : …………………………………………………………………………………………

**Wij vragen u het aanvraagformulier zelf langs te brengen bij de praktijk en uw legitimatiebewijs mee te nemen zodat wij uw identiteit kunnen verifiëren.**