



GEZONDHEIDSCENTRUM I HEER

Einsteinstraat 34 A 03
6227 BZ Maastricht
Tel 043-3611000
Fax 043-3617372

Aanvraagformulier inzage, afschrift, correctie of vernietiging medische gegevens

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, specialist enz.):

.....

Behandeling vond plaats in de periode(n):

.....

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

.....

Het geniet onze voorkeur om over uw verzoek een gesprek op het spreekuur te hebben. Maakt u daarvoor een afspraak met de assistente. Dan kunt u dit ingevuld formulier ook meenemen.

Het afschrift van het dossier kunt u op een nader af te spreken datum, persoonlijk aan de balie van onze praktijk ophalen

U dient uw legitimatie bewijs te laten zien.

Ondertekening patiënt/aanvrager (doorhalen wat niet van toepassing is):

Plaats:

Datum:

Handtekening