

AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF VERNIETIGING MEDISCHE GEGEVENS

't Kleine Wonder Verloskundigenpraktijk
Tjalk 2418
8232 LV Lelystad
T | 0320-331373
@ | Info@hetkleinewonder.nl



Gegevens patiënt

Achternaam en voorletters	
Meisjesnaam	
Geboortedatum	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoon (privé of mobiel)	
E-mailadres	

Verzoek 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

Behandeling vond plaats in de periode(n):

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

.....
.....

U kunt de gegevens op de praktijk ophalen

Het afschrift kunt u op de verloskundigenpraktijk ophalen op vertoon van uw legitimatiebewijs. In overleg kan het u ook per post worden toegezonden.

Plaats:

Datum:

Handtekening:

Wij vragen u het aanvraagformulier zelf langs te brengen bij de praktijk en uw legitimatiebewijs mee te nemen zodat wij uw identiteit kunnen verifiëren.
Wij honoreren uw aanvraag zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 4 weken.