

Huisartsenpraktijk Khawar

Buurserstraat 250-F · 7544 RG Enschede · 053 431 6556

Aanvraagformulier inzage, afschrift, correctie of vernietiging van medische gegevens

Gegevens patiënt

Achternaam en voorletters

Meisjesnaam

Geboortedatum

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoon (privé of mobiel)

E-mailadres

Aanvrager (alleen als dit iemand anders is dan de patiënt)

Dit is alleen toegestaan bij kinderen jonger dan 16 jaar.

Naam aanvrager

Relatie tot patiënt

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoon (privé of mobiel)

E-mailadres

Ik verzoek om (aankruisen wat van toepassing is)

- ☐ Inzage in het medisch dossier
- ☐ Kopie van/uit het medisch dossier
- ☐ Correctie van objectieve gegevens in het medisch dossier
- ☐ Vernietiging van medische gegevens uit het medisch dossier

Behandeling bij (huisarts, POH, enz.)

Periode van behandeling

Gaat het om bepaalde gegevens? Zo ja, welke:

Verzending

Het afschrift wordt per post naar u gestuurd. In overleg kunt u het ook ophalen.

Ondertekening patiënt / aanvrager

Plaats en datum

Handtekening

Nummer legitimatiebewijs

Breng dit formulier zelf naar de praktijk en neem uw legitimatiebewijs mee.

Zo kunnen wij uw identiteit controleren. Stuur het formulier niet per e-mail.