



Aanvraagformulier inzage, afschrift, correctie of vernietiging van medische gegevens bij Wijkgezondheidscentrum Lindenholt.

Gegevens patiënt

Achternaam en voorletters:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoonnummer:	
Emailadres:	

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:	
Telefoonnummer:	
Emailadres:	

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, enz)

.....



**Wijkgezondheidscentrum
Lindenholt**

De behandeling vond plaats in de periode van.....tot en met.....

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

.....

Ondertekening patiënt:

Plaats:

Datum:

Handtekening:

Soort legitimatiebewijs:

Registratienummer legitimatiebewijs:

Wij vragen u het aanvraagformulier zelf langs te brengen bij het wijkgezondheidscentrum samen met uw legitimatiebewijs zodat wij uw identiteit kunnen verifiëren.