

**AANVRAAGFORMULIER VOOR INZAGE, AFSCRIFT, CORRECTIE OF Vernietiging VAN 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):**

<i>Naam aanvrager:</i>	
<i>Relatie tot patiënt:</i>	
<i>Adres:</i>	
<i>Postcode en woonplaats:</i>	
<i>Telefoon (privé of mobiel):</i>	
<i>E-mailadres:</i>	

**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.): .....

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

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

.....

**Verzending:**

Het afschrift wordt u per veilige email toegezonden. In overleg kan het ook worden opgehaald.

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

Plaats: .....

Datum: .....

Handtekening .....

Registratienummer legitimatiebewijs: .....

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

---

**Praktijk Jonker Koetsier**

Gezondheidscentrum Waterlandplein

Beverwijkstraat 9 C

1024 VR Amsterdam

web: [www.jonkerkoetsier.nl](http://www.jonkerkoetsier.nl)