**AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF VERNIETIGING MEDISCHE GEGEVENS**

**Gegevens cliënt**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 cliënt (dit is uitsluitend toegestaan bij kinderen jonger dan 16 jaar):*

|  |  |
| --- | --- |
| *Naam aanvrager:* |  |
| *Relatie tot cliënt:* |  |
| *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 (verloskundige):

Behandeling vond plaats in de periode(n):

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

**U kunt het 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.