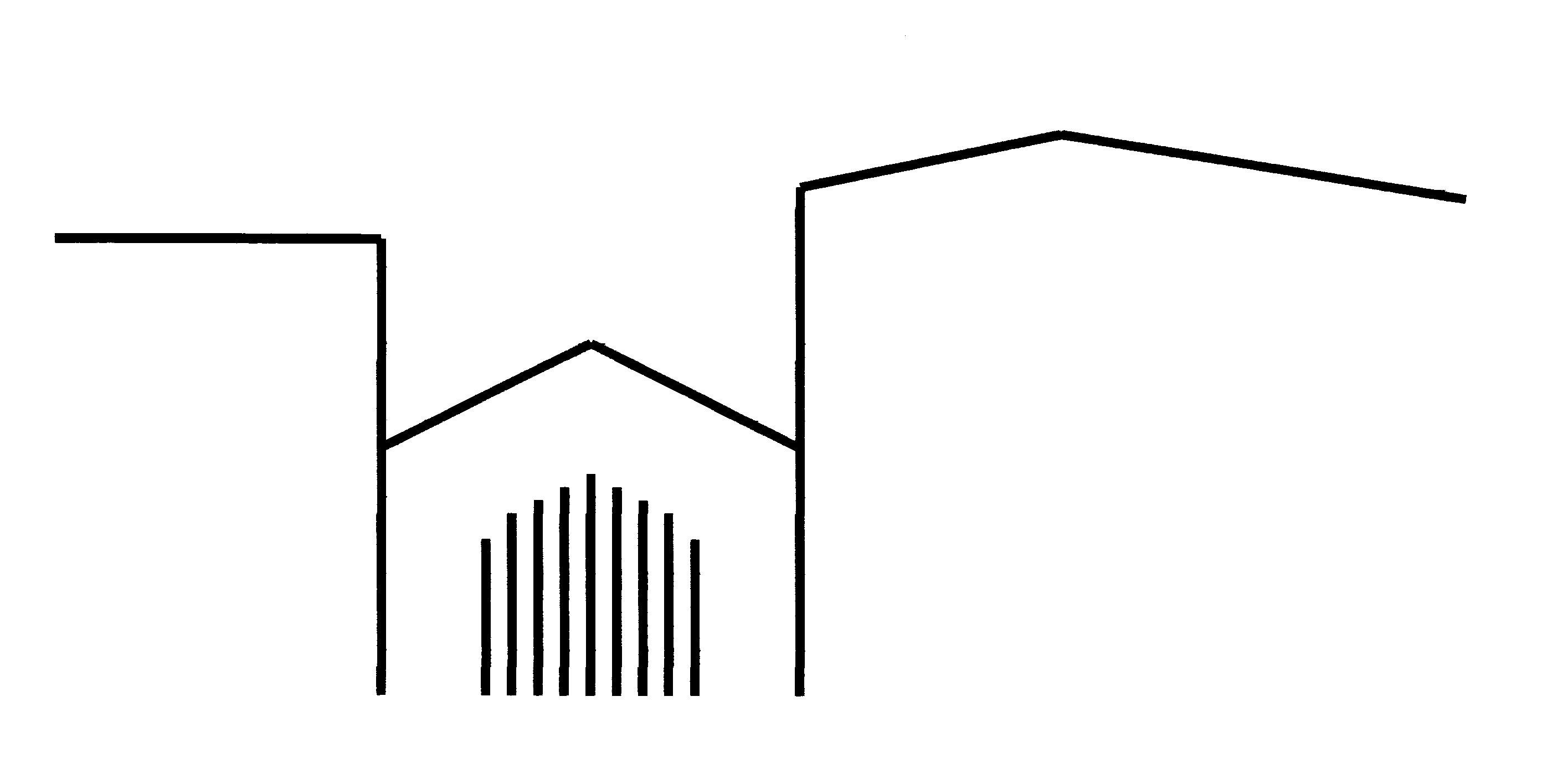
# J.V.C. ten Berge

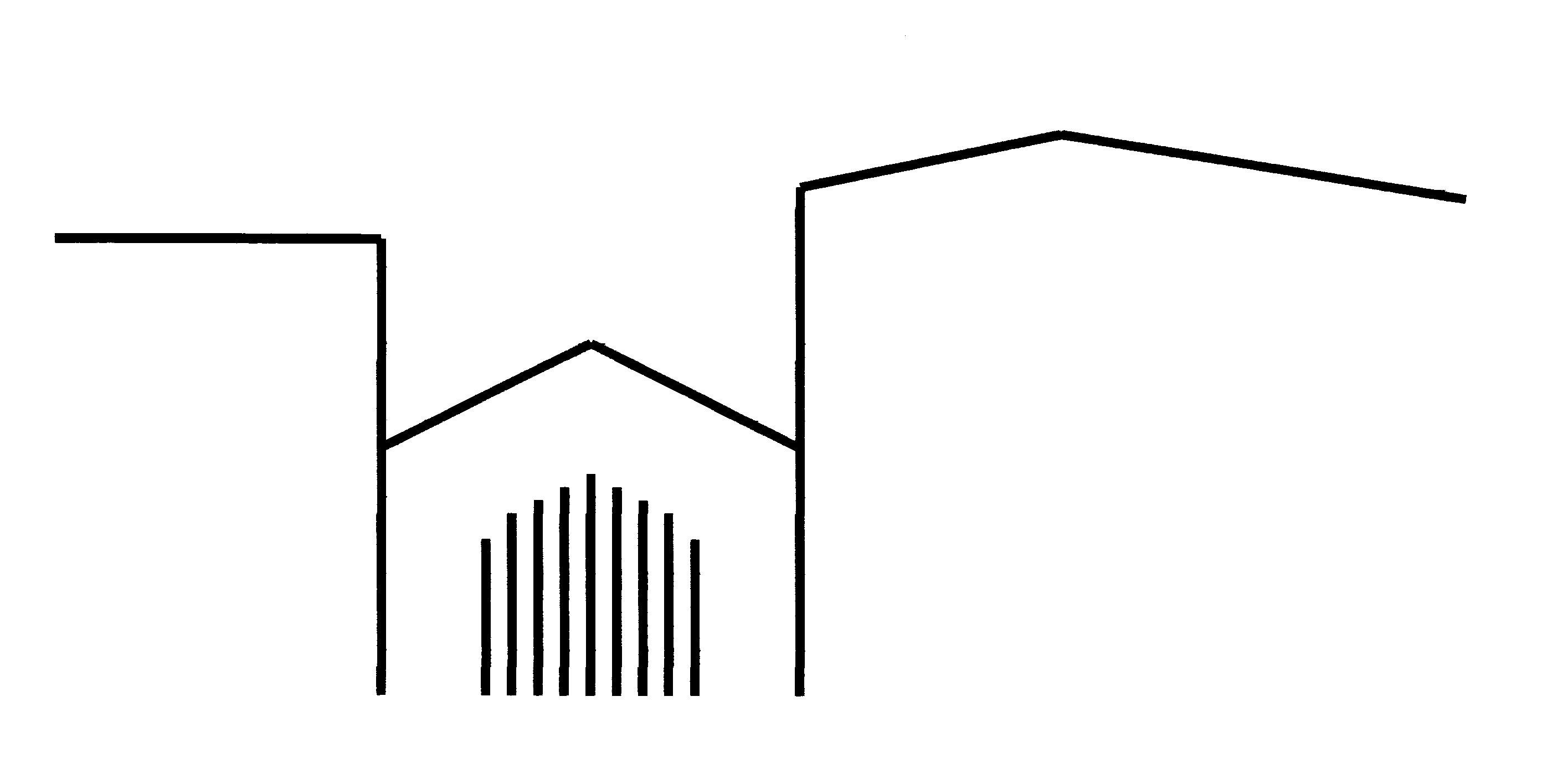
N. Joosen

E.J.M. Snoeren

V. van Oorschot

*huisartsen*





Huisartsenpraktijk “t Weeshuis”

Begijnenstraat 29

6511 WN Nijmegen

tel.: 024-3228380

IBAN: NL63ABNA0575223103

[info@hapweeshuis.nl](mailto:info@hapweeshuis.nl)

www.hapweeshuis.nl

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

**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):***

|  |  |
| --- | --- |
| *Naam aanvrager:* |  |
| *Relatie tot patiënt:* |  |
| *Adres:* |  |
| *Postcode en woonplaats:* |  |
| *Telefoon (privé of mobiel):* |  |
| *E-mailadres:* |  |

**Verzoekt om:**

* Inzage medisch dossier
* Kopie medisch dossier verzenden in PDF bestand via Zorgmail (beveiligd)
* Correctie van de objectieve gegevens in het medisch dossier
* Vernietiging van medische gegevens uit het medisch dossier
* Vernietiging gespreksopname telefoon.

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?

...........................................................................................................................................................

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.**