|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Gezondheidscentrum Frankenslag* | **Procedure privacyreglement: aanvraagformulier inzage, afschrift, correctie of vernietiging medische gegevens** | |
|  | Procedurenummer: **16.2** | Versie:2.0 |
| Auteur: S.K. van Gelderen | Vaststellingsdatum: mei 2018, herzien mei 2020 |
| Beheerder (naam): S.K. van Gelderen, coördinator kwaliteit | Herzieningsdatum: mei 2022 |
| Bestemd voor (functie(s)): patiënten | |
| Doel: een eenvoudige mogelijkheid bieden aan patiënten om onder meer medische gegevens in te zien en te corrigeren. | |

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

**Wij vragen u het aanvraagformulier zelf langs te brengen bij de praktijk en uw legitimatiebewijs mee te nemen zodat wij uw identiteit kunnen verifiëren. Uw huisarts zal u vervolgens uitnodigen voor een gesprek om uw vraag, de rechten en de mogelijke consequenties met u te bespreken.**

**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 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 post toegezonden. In overleg kan het ook worden opgehaald.

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

Plaats: ......................... Datum: ..................................

Handtekening ............................................................................................................................

Registratienummer legitimatiebewijs: .............................................................