

Aanvraagformulier voor kopie medische gegevens of vernietiging.
Graag ter controle een kopie van een geldig legitimatiebewijs mee te sturen.

Aanvrager
Naam: _____
Adres: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____
Telefoon: _____ Mailadres: _____
Relatie tot de patiënt (indien van toepassing): _____

Verzoekt om (aankruisen wat van toepassing is):

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Kopie | <input type="checkbox"/> medisch dossier |
| <input type="checkbox"/> Vernietigen | <input type="checkbox"/> verpleegkundig dossier
(gegevens betr. opname) |
| | <input type="checkbox"/> röntgen dossier |

Wijze van verstrekken

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> USB-stick (Persoonlijk ophalen) |
| <input type="checkbox"/> Papieren versie (Persoonlijk ophalen) |
| <input type="checkbox"/> E-mail |

Betreffende
Patiëntnummer (staat op het patiëntenetiket) _____
Geboortedatum: _____
Eigennaam: _____
Naam partner: _____
Adres: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____
Telefoon: _____

Dossiergegevens		Invullen/aankruisen wat van toepassing is:	
Hulpverlener:	Specialisme:	Betreffende periode:	Volledig dossier:
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Datum: _____

Handtekening: _____