



**ZORGSAAM/ Zorgarchief**  
**Baljuw Veltersweg 20**  
**4501 AV Oostburg**  
**Afdeling Zorgarchief 0115-677080**

**Aanvraagformulier Inzage, afschrift en /of vernietiging van het patiënt/cliënt dossier.**  
Leest u voor het invullen van dit formulier eerst de informatie over de procedure.

**Aanvrager**

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

Relatie tot de patiënt( indien van toepassing): \_\_\_\_\_

**Verzoekt om (aankruisen wat van toepassing is):**

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Inzage      | <input type="checkbox"/> medisch dossier        |
| <input type="checkbox"/> Afschrift   | <input type="checkbox"/> verpleegkundig dossier |
| <input type="checkbox"/> Vernietigen | <input type="checkbox"/> röntgen dossier        |

**Wijze van verstrekken**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> USB stick       | <input type="checkbox"/> Persoonlijk ophalen  |
| <input type="checkbox"/> Papieren versie | <input type="checkbox"/> Aangetekend opsturen |

**Betreffende**

Patiëntnummer (staat op het patiëntenetiket): \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Eigennaam: \_\_\_\_\_

Naam partner: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

**Dossiergegevens**

Hulpverlener: \_\_\_\_\_

Specialisme: \_\_\_\_\_

Betreffende periode: \_\_\_\_\_

Volledig dossier: \_\_\_\_\_

**Aanvrager verklaart op de hoogte te zijn van de informatie over de procedure.**

Datum: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_

**NB: Vergeet niet een kopie van een geldig legitimatiebewijs mee te sturen.**