

Verzoek medische gegevens

Gegevens patiënt

Voor- en achternaam:
Geboortedatum:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:
Telefoon: (06)
Emailadres:
BSN:

Gegevens aanvrager

Vul onderstaande informatie in, als de aanvrager een ander persoon is dan de patiënt.
Let op: indien u aanvraagt voor uw kind dienen beide ouders/verzorgenden dit formulier te ondertekenen.
Is uw kind tussen de 12 en 16 jaar, dan dient uw kind ook te tekenen. Als u aanvraagt voor een volwassen patiënt dient u een (rechterlijke) machtiging toe te voegen.

Voor- en achternaam:
Relatie tot patiënt:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:
Telefoon: (06)
Emailadres:

Vraagt hierbij toestemming om:

Kopie van medisch dossier
Correctie van (objectieve) gegevens in het medisch dossier
Kopie uitslagen diagnostiek (röntgen, CT, MRI)
Vernietiging van het medisch dossier

Toelichting

Patiënt is behandeld in DC Klinieken locatie: op (datum)
Reden van aanvraag:
Indien gegevens gedeeld moeten worden met andere zorginstelling (naam zorginstelling + aanvragend arts):
.....

Plaats: Datum:

Handtekening patiënt >12 jaar:

Handtekening aanvrager:

Handtekening ouder 1*:

Handtekening ouder 2*:

* Indien u aanvraagt voor uw kind, dienen beide ouders te ondertekenen en beide hun legitimatie mee te sturen. De aanvrager (indien niet de ouders) dient ook zijn of haar legitimatie mee te sturen.

Stuurt u s.v.p. een kopie van beide zijden van het legitimatiebewijs van de patiënt mee.
(Na controle vernietigen wij de kopie van uw legitimatiebewijs)

Verstuur deze aanvraag naar inzagedossier@dcklinieken.nl of via het volgende postadres:
DC Klinieken, t.a.v. Service en informatiecentrum, Postbus 60177, 1320 AE Almere