

## Aanvraagformulier inzage, kopie, correctie of vernietiging medische gegevens

### Toelichting

U kunt inzage vragen in uw medische dossier of een kopie ontvangen. Daarnaast heeft u het recht op correctie, aanvulling of verwijdering van gegevens in uw medisch dossier indien dat nodig is.

### U bent patiënt:

Met dit formulier kunt u een kopie van uw medisch dossier opvragen. Ook kunt u uw medisch dossier inzien of hierin gegevens corrigeren of verwijderen. Vul alle gegevens in, plaats uw handtekening onderaan het formulier en voeg een kopie toe van uw geldig legitimatiebewijs (ID kaart of paspoort)

### Legitimatiebewijs:

**Zonder kopie van uw legitimatiebewijs wordt de aanvraag niet in behandeling genomen.**

### U bent een ander dan de patiënt:

Met dit formulier kunt u een kopie van het medisch dossier van iemand anders opvragen. Ook kunt u dit medisch dossier inzien of hierin gegevens corrigeren of verwijderen. Vult u alle gegevens in. Naast uw eigen handtekening is ook de handtekening van de patiënt zelf nodig.

Dit geldt *niet* voor: - Patiënten jonger dan 12 jaar

- Een overleden patiënt

- Een patiënt die niet zelf kan beslissen (wilsonbekwaam). In dat geval hebben wij een verklaring van de behandelend arts nodig.

### Legitimatiebewijs:

Voeg een kopie toe van uw geldig legitimatiebewijs (ID kaart of paspoort) en een kopie van het legitimatiebewijs van de patiënt. Nb. Deze zullen na verificatie door ons vernietigd worden.

**Zonder kopie van de legitimatiebewijzen wordt de aanvraag niet in behandeling genomen.**

**Vragen:** Voor vragen kunt u bellen met 072 – 515 77 44

### Inleveren of versturen:

U kunt het ingevulde formulier samen met de kopieën inleveren bij de administratie of opsturen naar: Centrum Oosterwal, t.a.v. de ICT afdeling, Postbus 20, 1800 AA Alkmaar of e-mailen naar [mijndossier@centrum-oosterwal.nl](mailto:mijndossier@centrum-oosterwal.nl)

- 
- Ik wil graag een kopie van **mijn eigen** medische dossier
  - Ik wil graag een kopie van het medisch dossier **van een ander**
  - Ik wil graag een correctie van de objectieve gegevens in het medisch dossier
  - Ik wil graag vernietiging van medische gegevens uit het medisch dossier

### Gegevens patiënt:

Naam en voorletters: .....

Indien gehuwd ook meisjesnaam: .....

Geboortedatum: .....

BSN: .....  
Adres: .....  
Postcode en woonplaats: .....  
Telefoon: .....

**Indien de aanvrager een andere persoon is dan de patiënt:**

Naam en voorletters: .....  
Indien gehuwd ook meisjesnaam: .....  
Geboortedatum: .....  
BSN: .....  
Adres: .....  
Postcode en woonplaats: .....  
Telefoon: .....  
Uw relatie tot de patiënt: .....

**Het betreft de medische gegevens:**

Van het specialisme: .....  
Naam arts: .....  
Betreffende periode: .....  
Opmerkingen: .....

**Doel van de aanvraag:**

- Kopie van medisch dossier
- Anders, nl. ....

**Hoe wilt u de gegevens ontvangen:**

- U komt de gegevens ophalen.
- Wij sturen de gegevens toe.

Let op: Voor een kopie van uw dossier dient uw identiteitsbewijs bij ons gecontroleerd te zijn.  
Mogelijkerwijs vragen wij u hiervoor zich op locatie te identificeren.

**Ondertekening:**

Datum: \_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_

Handtekening patiënt: \_\_\_\_\_

Handtekening aanvrager: \_\_\_\_\_