



Zorgcentrum Akram

van Ostadestraat 200
2526 GJ Den Haag

Tel: 070 388 52 31
Fax: 070 445 02 58

www.dokterakram.nl
info@dokterakram.nl

Aanvraagformulier inzage, afschrift, correctie of vernietiging medische gegevens

-graag helemaal invullen-

Uw gegevens (degene die de klacht indient)

Achternaam en voorletters:

Meisjesnaam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoon:

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:

E-mailadres:



Zorgcentrum Akram

van Ostadestraat 200
2526 GJ Den Haag

Tel: 070 388 52 31
Fax: 070 445 02 58

www.dokterakram.nl
info@dokterakram.nl

Verzoekt om *(meerdere keuzes mogelijk):*

- 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:

Wij vragen u het aanvraagformulier zelf langs te brengen bij de praktijk en uw legitimatiebewijs mee te nemen zodat wij uw identiteit kunnen verifiëren.