



# Aanvraag formulier inzage, afschrift, correctie of vernietiging medische gegevens

AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF Vernietiging medische gegevens

## Gegevens Cliënt

Achternaam en voorletters:	
Meisjesnaam:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoon (privé of mobiel):	
E-mailadres:	

**Onderstaande alleen invullen als de aanvrager een andere persoon is dan de Cliënt (dit is een schriftelijk gemachtigde, of uw curator of mentor).**

<i>Naam aanvrager:</i>	
<i>Relatie tot Cliënt:</i>	
<i>Adres:</i>	
<i>Postcode en woonplaats:</i>	
<i>Telefoon (privé of mobiel):</i>	
<i>E-mailadres:</i>	

## Verzoekt om:

- .. Inzage Zorgdossier
- .. Kopie van/uit Zorgdossier
- .. Correctie van de objectieve gegevens in het Zorgdossier
- .. Vernietiging van medische gegevens uit het Zorgdossier



**Het betreft gegevens over de zorg en begeleiding bij Beth Shamar**

Zorg en begeleiding 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 Cliënt/aanvrager (doorhalen wat niet van toepassing is):

Plaats: ..... Datum: .....

Handtekening

.....

Registratienummer legitimatiebewijs: .....

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