

HUISARTSEN KRIMPEN MIDDEN



J.F.M. BLANKERS
C.L. VAN DALSEN
W.J. TEN HOEVE
M.K. LIEM &
M.G. MES-KROWINKEL
GEZONDHEIDSCENTRUM
GROENENDAAL 1
2922CJ KRIMPEN AAN DEN IJSSEL
WWW.HUISARTSKRIMPEN.NL
T 0180 512152
F 0180 229062

AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE, OF OPVRAGEN MEDISCHE GEGEVENS.

Gegevens patiënt(e) (zelf in te vullen vanaf 16 jaar en ouder):

Achternaam en voorletters	
Meisjesnaam	
Geboortedatum	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoon	
Email	

**Onderstaande alleen invullen als de aanvrager iemand anders is dan de
patiënt(e) (uitsluitend toegestaan als het kinderen jonger dan 16 jaar betreft):**

Naam aanvrager	
Relatie tot patiënt	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoon	
Email	

HUISARTSEN KRIMPEN MIDDEN



J.F.M. BLANKERS
C.L. VAN DALSEN
W.J. TEN HOEVE
M.K. LIEM &
M.G. MES-KROWINKEL
GEZONDHEIDSCENTRUM
GROENENDAAL 1
2922CJ KRIMPEN AAN DEN IJSSEL
WWW.HUISARTSKRIMPEN.NL
T 0180 512152
F 0180 229062

Verzoekt om:

- Inzage medisch dossier
- Uitslagen van medische onderzoeken
- Afschrift van (deel van) medisch dossier

Geeft toestemming aan:

_____ (voorletters en naam)
(relatie tot patiënt(e): vader/moeder/partner/dochter/zoon/mantelzorg*)

Telefoonnummer toestemmingvrager: _____

U mag ten alle tijde uw toestemming weer intrekken, graag ontvangen wij hier van u zelf bericht over.

Indien u om (een deel van) uw medisch dossier heeft gevraagd, dient u dit zelf op te halen bij de praktijk, tenzij er door patiënt(e) zelf nadrukkelijk toestemming is verleend dat iemand anders dit mag doen.

Ondertekening patiënt(e) / aanvrager*:

Plaats:

Datum:

Handtekening:

* Doorhalen wat niet van toepassing is

Wij verzoeken u dit formulier persoonlijk te overhandigen aan de assistente en uw ID-bewijs mee te nemen, zodat uw identiteit kan worden geverifieerd.