

Aanvraagformulier inzage, afschrift, correctie, vernietiging paramedische gegevens en intrekking/beperking van eerder gegeven toestemming

**Gegevens patiënt**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| 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 patiënt (dit is uitsluitend toegestaan bij kinderen jonger dan 16 jaar):**

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

**Verzoek om:**

- Inzage podotherapeutisch dossier
- Kopie van / uit podotherapeutisch dossier
- Correctie van de objectieve gegevens in het podotherapeutisch dossier
- Vernietiging van medische gegevens uit het podotherapeutisch dossier (in dit geval ook pagina 3 invullen)
- Intrekking / beperking (\*) van uw eerder gegeven toestemming voor het delen van gegevens (in dit geval graag toelichting)

(\*) s.v.p. doorhalen wat niet van toepassing is

Het betreft gegevens over de behandeling bij podotherapeut:

.....

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: .....

**Om er zeker van te zijn dat het verzoek tot inzage door u is gedaan, vragen wij u een kopie van uw identiteitsbewijs met het verzoek mee te sturen. Maak in deze kopie uw pasfoto, MRZ (machine readable zone, de strook met nummers onderaan het paspoort), paspoortnummer en Burgerservicenummer (BSN) zwart. Dit ter bescherming van uw privacy. Wij reageren zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen vier weken, op uw verzoek.**

## Verzoek tot verwijdering van gegevens

Hierbij verzoek ik Ruijters Podotherapie om mijn, in de administratie van de praktijk opgenomen, (medische) gegevens te verwijderen.

**Naam patiënt:** \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_

**Postcode en woonplaats:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Hantekening patiënt:**

\_\_\_\_\_

### *Disclaimer*

*Met betrekking tot het een verzoek van een patiënt tot verwijderen van (medische) gegevens is het van belang te realiseren dat er op een later tijdstip mogelijk een klacht / aansprakelijkheidsstelling van de patiënt binnen komt bij de praktijk. Door het verwijderen van alle gegevens is de praktijk bij een eventueel later binnenkomende klacht of aansprakelijkheidsstelling niet meer in staat op adequate wijze verweer te voeren tegen de klacht of aansprakelijkheidsstelling. In een eventuele procedure zal de praktijk zich daarop beroepen en iedere aansprakelijkheid afwijzen. De patiënt dient het document te ondertekenen, waarna de praktijk het document archiveert en aan de betrokkene een afschrift overhandigt.*