

**AANVRAAGFORMULIER VOOR  
INZAGE, KOPIE, CORRECTIE, AANVULLING OF VERNIETIGING  
VAN (EEN DEEL VAN) HET MEDISCH DOSSIER**

**1. Gegevens patiënt**

Achternaam en voorletters: \_\_\_\_\_

Evt. meisjesnaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

BSN nummer: \_\_\_\_\_

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

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

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

**2. Alleen in de volgende situaties kunt u namens de patiënt een aanvraag doen:**

*(aankruisen wat van toepassing is)*

- U bent gezagdragend ouder of wettelijk vertegenwoordiger van een kind jonger dan 12 jaar.  
Als u beiden bij ons in de praktijk bent ingeschreven, is er geen aanvullend document nodig.
- U bent gezagdragend ouder of wettelijk vertegenwoordiger van een kind ouder dan 12 jaar maar jonger dan 16 jaar.  
Als bijlage voegt u toe:
  - een bewijs van wettelijke vertegenwoordiging of machtiging van het kind
- U bent wettelijk vertegenwoordiger/gemachtigde van de patiënt.  
Als bijlage voegt u toe:
  - de gegevens ingevuld bij 2.1
  - een kopie van een geldig legitimatiebewijs van de patiënt
  - een bewijs van wettelijke vertegenwoordiging of machtiging van de patiënt
- U bent een familielid van een overleden patiënt.  
Als bijlage voegt u toe:
  - kopie overlijdensakte van de patiënt
  - de gegevens ingevuld bij 2.1
  - de reden dat u uw aanvraag indient, ingevuld bij 2.2

**2.1 Vul uw eigen gegevens in, als u namens een (overleden) patiënt een aanvraag doet:**

Achternaam en voorletters: \_\_\_\_\_

Evt. meisjesnaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

BSN nummer: \_\_\_\_\_

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

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

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Relatie tot de patiënt: \_\_\_\_\_

**2.2 In de situatie dat de patiënt overleden is, wat is de reden dat u deze aanvraag doet?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Wat wilt u aanvragen?**

- Inzage in het medisch dossier → ga naar 3.1
- Kopie van (een deel van) het medisch dossier → ga naar 3.2
- Correctie van feitelijke onjuistheden in het medisch dossier → ga naar 3.3
- Toevoegen van een eigen verklaring in het medisch dossier → ga naar 3.4
- Vernietiging van medische gegevens uit het medisch dossier → ga naar 3.5

### 3.1 Inzage in het medisch dossier

U heeft het recht om het medisch dossier in te zien. Dit recht kent één uitzondering: er wordt geen inzage in (een deel van) het medisch dossier verleend als de persoonlijke levenssfeer van een ander daardoor wordt geschaad, en diens belang een overwegend karakter heeft. De huisarts neemt deze beslissing en zal u daarover inlichten. Eventueel zal hij/zij dit verder toelichten.

Na het indienen van dit ingevulde verzoek zal uw huisarts contact opnemen om een afspraak te maken. Hij/zij zal u uitnodigen op de praktijk te komen en zal dan de gevraagde informatie tonen.

Om de aanvraag toe te lichten dient u de volgende gegevens in te vullen:

Van welke behandeling wilt u inzage?

Behandeling: \_\_\_\_\_

Bij welke zorgverlener van onze praktijk was u hiervoor in behandeling?

Huisarts / POH-s / POH-GGZ / doktersassistente *(omcirkelen wat van toepassing is)*

In welke periode vond deze behandeling plaats?

\_\_\_\_\_

Als het verzoek alleen bepaalde gegevens betreft, om welke gegevens gaat het dan?

\_\_\_\_\_

### 3.2 Kopie van (een deel van) het medisch dossier

U heeft het recht om een kopie van (een deel van) het medisch dossier te krijgen. Dit recht kent één uitzondering: er wordt geen kopie van (een deel van) het medisch dossier verstrekt als de persoonlijke levenssfeer van een ander daardoor wordt geschaad, en diens belang een overwegend karakter heeft. De huisarts neemt deze beslissing en zal u daarover inlichten. Eventueel zal hij/zij dit verder toelichten. Voor het verzamelen van de gevraagde informatie staat een wettelijke termijn van maximaal vier weken. De huisarts of doktersassistente zal contact met u opnemen zodra de gewenste informatie beschikbaar is.

Om de aanvraag toe te lichten dient u de volgende gegevens in te vullen:

Van welke behandeling wilt u een afschrift? Of wilt u een afschrift van het gehele dossier?

Behandeling: \_\_\_\_\_

Bij welke zorgverlener van onze praktijk was u hiervoor in behandeling?

Huisarts / POH-s / POH-GGZ / doktersassistente *(doorhalen wat niet van toepassing is)*

In welke periode vond deze behandeling plaats?

\_\_\_\_\_

Als het verzoek alleen bepaalde gegevens betreft, om welke gegevens gaat het dan?

---

**Hoe wilt u de kopie ontvangen?**

*(aankruisen wat van toepassing is)*

- Persoonlijk afhalen in de praktijk

U dient een geldig legitimatiebewijs te tonen bij het afhalen. Vult u deze informatie vooraf in:

Soort legitimatiebewijs: paspoort / ID-kaart / rijbewijs / vreemdelingenkaart

*(omcirkelen wat van toepassing is)*

Registratienummer legitimatiebewijs: \_\_\_\_\_

- Laten afhalen door iemand die ik daarvoor machtig

Gegevens van de gemachtigde die namens de aanvrager de kopie ophaalt:

Achternaam en voorletters: \_\_\_\_\_

Evt. meisjesnaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

BSN nummer: \_\_\_\_\_

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

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

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

De gemachtigde toont bij het afhalen een geldig legitimatiebewijs van zichzelf en een kopie van een geldig legitimatiebewijs van de aanvrager. Vult u deze informatie vooraf in met de gegevens van de aanvrager:

Soort legitimatiebewijs: paspoort / ID-kaart / rijbewijs / vreemdelingenkaart

*(omcirkelen wat van toepassing is)*

Registratienummer legitimatiebewijs: \_\_\_\_\_

- Aangetekend versturen naar het adres van de aanvrager

Een kopie van (een deel van) het medisch dossier kan per post alleen *aangetekend* verstuurd worden. Huisartsenpraktijk Elinkwijk is niet aansprakelijk voor fouten in de postbezorging. Voor het aangetekend versturen hanteren wij de actuele tarieven van PostNL (zie [www.postnl.nl](http://www.postnl.nl)), die doorberekend worden aan de aanvrager.

### **Legitimatiebewijs**

Voor het aangetekend versturen dient de aanvrager een kopie van een geldig legitimatiebewijs toe te voegen.

Soort legitimatiebewijs: paspoort / ID-kaart / rijbewijs / vreemdelingenkaart

*(omcirkelen wat van toepassing is)*

Registratienummer legitimatiebewijs: \_\_\_\_\_

### **Doorberekenen van kosten**

Aan het opvragen van een kopie van (een deel van) het medisch dossier zijn kosten verbonden. De aanvrager krijgt hiervoor een factuur toegestuurd als wij de aanvraag hebben afgehandeld. Wij rekenen het wettelijk toegestane bedrag van €0,23 per pagina, met een maximum van €5,00 voor maximaal 100 pagina's. Bestaat het pakket uit meer dan 100 pagina's, dan rekenen wij €22,50. Daarnaast worden de eventuele kosten voor het aangetekend versturen aan de aanvrager doorberekend.

### **3.3 Correctie van feitelijke onjuistheden in het medisch dossier**

U heeft het recht om feitelijke onjuistheden in het medisch dossier te laten corrigeren. U kunt hierbij denken aan een onjuist adres, onjuiste naam of afgesproken behandelplan. Een gestelde diagnose of een persoonlijke notitie van een zorgverlener valt niet onder dit recht.

Welke feitelijke onjuistheden wilt u gewijzigd hebben?

---

---

---

---

### **3.4 Toevoegen van een eigen verklaring in het medisch dossier**

Bent u het niet eens met een gestelde diagnose of een persoonlijke notitie van een zorgverlener, dan kunt u een verklaring aan het dossier laten toevoegen waarin uw (afwijkende) visie op de diagnose of notitie wordt weergegeven.

Wij verzoeken u uw eigen verklaring als bijlage toe te voegen aan dit aanvraagformulier.

### **3.5 Vernietiging van medische gegevens uit het medisch dossier**

U kunt een verzoek indienen om (een deel van) het medisch dossier te laten vernietigen. Uw huisarts geeft binnen een termijn van vier weken gemotiveerd aan of, en in hoeverre, hij/zij aan het verzoek voldoet. Er zijn enkele wettelijke uitzonderingen, vastgelegd in de *KNMG richtlijn Omgaan met medische gegevens*. U kunt deze nalezen via de website van de KNMG ([www.knmg.nl](http://www.knmg.nl)).

Welk deel van het medisch dossier wilt u vernietigd hebben?

---

---

Wat is uw motivatie om dit vernietigd te krijgen?

**4. Ruimte voor opmerkingen**

**Ondertekening**

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

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

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

**Bijlage(n):**

*(omcirkelen wat van toepassing is)*

- A Bewijs van wettelijke vertegenwoordiging of machtiging
- B Kopie overlijdensakte van de patiënt
- C Eigen verklaring
- D Eventuele extra bijlage(n)

**Wij verzoeken u het ingevulde aanvraagformulier persoonlijk in te leveren in de praktijk. De assistente zal vragen naar uw legitimatiebewijs om zo uw identiteit vast te stellen.**