

# AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF VERNIETIGING PARAMEDISCHE GEGEVENS

**Naam patiënt:** \_\_\_\_\_

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

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

Verzoekt 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

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

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

**Hantekening patiënt:**

\_\_\_\_\_

**Registratienummer legitimatiebewijs:**

\_\_\_\_\_

## *Disclaimer*

*Met betrekking tot het 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 binnekomende 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.*

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