

# AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCRIFT, CORRECTIE OF Vernietiging Medische Gegevens

Verloskundigenpraktijk Enkhuizen-Andijk  
Westerstraat 138a  
1601 AN Enkhuizen  
T | 06-230 81 321  
@ | [praktijk@vpea.nl](mailto:praktijk@vpea.nl)



## Gegevens patiënt

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

### Verzoekt om:

- Inzage medisch dossier
- Kopie van/uit medisch dossier
- Correctie van de objectieve gegevens in het medisch dossier
- Vernietiging van medische gegevens uit het medisch dossier

Behandeling vond plaats in de periode(n): .....

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

.....  
.....

### U kunt het op de praktijk ophalen

Het afschrift kunt u op de verloskundigenpraktijk ophalen op vertoon van uw legitimatiebewijs. In overleg kan het u ook per post worden toegezonden.

Plaats:

Datum:

Handtekening:

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

Wij honoreren uw aanvraag zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 4 weken.