**Podocentrum Groene Hart**

**Alphen aan den Rijn: Dotterbloem 15, 2408 LA**

**Hazerswoude-Dorp: Jacoba van Beyerenlaan 24, 2391 EH**

**Voorhout: Agneshove 79, 2215 HS**

**Waddinxveen: Limaweg 55d, 2743 CC**

**Zoetermeer: Kentgensplein 26a, 2717 HS**

**AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF VERNIETIGING PARAMEDISCHE GEGEVENS**

**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):***

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

**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

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: .............................................................

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