

## Verzoek Kopie Medisch Dossier

Naam/geboortenaam patiënt:

Voorletter(s):

Geboortedatum:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Telefoon/Mobiel:

E-mailadres:

**Van welke behandelperiode wilt u uw gegevens ontvangen?**

### Afschrift(en) medisch dossier:

☐ op papier (zelf afhalen bij de praktijk)

☐ USB (deze dient u zelf aan te leveren, max. 1GB is voldoende)

☐ per beveiligde mail (06-nummer verplicht) \* .....(verplicht veld)

\*) mobiel nummer is noodzakelijk, u ontvangt een code voor het ontgrendelen van de gegevens.

Na 4 weken zal het nog op te halen dossier en de USB stick worden vernietigd en de digitale link niet meer geldig zijn. Indien hierna alsnog een 2<sup>e</sup> verstrekking nodig is zullen hiervoor kosten in rekening worden gebracht.

Wij zijn niet verantwoordelijk voor de kosten van het USB indien deze na niet ophalen wordt vernietigd.

De patiënt/aanvrager verklaart hierbij op de hoogte te zijn van de voorwaarden voor het opvragen.

Datum: .....

Handtekening patiënt:

Handtekening minderjarige patiënt: