**Verzoek kopie medisch dossier**

**Toelichting:**

***U bent patiënt:***

Vul alle gegevens in en plaats uw handtekening onderaan het formulier.

***U bent een ander dan de patiënt:***

Met dit formulier kunt u een kopie van het medisch dossier van iemand anders opvragen. Naast uw eigen handtekening is ook de handtekening van de patiënt zelf nodig.

Dit geldt *niet* voor:

* patiënten jonger dan 12 jaar
* een overleden patiënt
* een patiënt die niet zelf kan beslissen (wilsonbekwaam)

Voor het opvragen van gegevens van een patiënt tussen de 12 en 16 jaar zijn zowel de handtekening van de patiënt als die van een gezaghebbende ouder vereist.

***Legitimatiebewijs:***

Voeg een kopie van uw geldig legitimatiebewijs (id-kaart, paspoort of rijbewijs) én (indien u niet de patiënt bent) een kopie van het legitimatiebewijs van de patiënt bij. Na verificatie wordt uw kopie vernietigd.

***Vragen?***

Voor vragen over dit formulier kunt u bellen met:

020-6434619

***Versturen:***

U kunt het formulier samen met bijlagen inleveren bij de bali of opsturen naar:

Orthodontie Amstelveen

Straat van Messina 17

1183 HM Amstelveen

info@orthoamstelveen.nl

Voor- en achternaam patiënt: .....………………………………………………………..

Geboortedatum: …………................

Nr. legitimatiebewijs: ……………………………………. id-kaart paspoort rijbewijs

Adres: ……………………………………………………………………………………………………

Postcode: …………………Woonplaats: ……………………………Tel …………………………

*Vult u dit gedeelte in wanneer u als aanvrager* ***niet*** *de patiënt zelf bent. Patiënt dient in dit geval het formulier mede te ondertekenen*

Voor- en achternaam aanvrager: …………………………………………………………….

Straat en huisnummer:..………………………………………………………………………..

Postcode en woonplaats: .…………………..............................................................

Telefoonnummer: ……………………………………………………………………………….

Relatie tot patiënt: ………………..…………………………………………………………….

***Graag hieronder aangeven om welke gegevens het gaat:***

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

Datum: …………………

Handtekening patiënt en

evt. ander *(zie kader)*:

Handtekening aanvrager: