



Toestemming inzage recht patiëntendossier

Ondergetekende,

| | |
|----------------|--|
| Naam patiënt | |
| Voorna(a)m(en) | |
| Geboortedatum | |
| BSN | |
| Adres | |
| Postcode | |
| Woonplaats | |
| Telefoonnummer | |

verleent hierbij toestemming voor rechtstreekse inzage in zijn/haar patiëntendossier aan:

| | |
|----------------------------|--|
| Naam | |
| Voorna(a)m(en) | |
| Geboortedatum | |
| BSN | |
| Adres | |
| Postcode | |
| Woonplaats | |
| Telefoonnummer | |
| Relatie met ondergetekende | |

Toelichting:

Inzagerecht patiëntendossier:

- De patiënt heeft in principe alleen zelf inzage recht.
- Een contactpersoon (mantelzorger) heeft geen inzage recht in het patiëntendossier (tenzij schriftelijk vastgelegd door de patiënt).
- Indien gewenst bepaalt de patiënt zelf wie in plaats van hem/haar inzage recht heeft in zijn/haar patiëntendossier. Hiervoor wordt schriftelijk toestemming gegeven met dit formulier 'toestemming inzage recht patiëntendossier'.
- Dit formulier dient te allen tijden ook ondertekend te worden door de behandelend huisarts.

| | |
|----------------------------------|--|
| Datum en plaats | |
| Handtekening patiënt | |
| Handtekening vertegenwoordiger | |
| Akkoord gegeven door (naam arts) | |
| Handtekening arts | |