

Te sturen aan:

Isala klinieken
T.a.v. Privacyfunctionaris
Postbus 10400
8000 GK Zwolle

e.mail: privacy.functionaris@isala.nl
t (038) 424 72 55

Uw gegevens:

Naam: _____

Patiëntnummer: _____ BSN-nummer: _____

Geboorte datum: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____ E-mailadres: _____

Onderstaand kunt u aangeven van welke opnameperiode (eventueel dagopname) en/of polikliniekbezoek u een bewijs wilt ontvangen:

Opname c.q. dagopname

Van welk jaar/jaren: _____

Van welke periode(s): _____

Polikliniekbezoek

Van welk jaar/jaren: _____

Van welke periode(s): _____

Nadat uw gegevens zijn ontvangen worden deze geverifieerd en in behandeling genomen.
U kunt binnen een week bericht verwachten van de privacyfunctionaris.

Ondergetekende heeft zich hiertoe gelegitimeerd met een kopie van een geldig legitimatiebewijs (paspoort of ID-kaart, **kopie bijvoegen!**).

Wanneer u deze gegevens per e-mail doorstuurt dan kunt u een gescande kopie van uw geldige ID kaart of van uw geldig paspoort bijvoegen.

De aanvrager geeft hierbij aan akkoord te gaan met digitale verzending van gegevens
(bij akkoord s.v.p. aankruisen).

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening: