

Te sturen aan:

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

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

Betreft: Zwolle Meppel Kampen Heerde Steenwijk

Uw gegevens:

Naam: _____

BSN-nummer: _____

Geboorte datum: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____ E-mailadres: _____

Ik verzoek:

a. Een correctie van mijn medisch dossier:

Klinisch (opname en/of dagopname)

Poliklinisch

Specialisme: _____

Behandelaar (indien bekend): _____

In welke behandelperiode: _____

Voorgestelde correctie: _____

b. Een aanvulling van mijn medisch dossier:

Klinisch (opname en/of dagopname)

Poliklinisch

Specialisme: _____

Behandelaar (indien bekend): _____

In welke behandelperiode: _____

Voorgestelde aanvulling: _____

Reden aanvraag

(graag invullen indien mogelijk)

Toelichting

- Isala streeft ernaar om bovenstaand verzoek binnen het wettelijk termijn van vier weken af te handelen.
- Bij een aanvraag van correctie en/of aanvulling van een dossier van een ander, zoals van een partner/familielid is een machtiging of wilsbeschikking van de patiënt vereist. Zonder deze machtiging kan de aanvraag niet in behandeling worden genomen. Een machtiging moet altijd samen met een geldig kopie van het legitimatiebewijs van de patiënt worden aangeleverd.
- Nabestaanden hebben niet automatisch recht op aanvragen van correctie en/of aanvulling van het dossier van de overleden patiënt. De arts zal toestemmen met het corrigeren en/of aanvullen van het dossier als hij denkt dat de overledene daar geen bezwaar tegen zou hebben gehad.

Ondergetekende heeft zich hiertoe gelegitimeerd **met geldig legitimatiebewijs** (paspoort, rijbewijs of ID-kaart, **kopie bijvoegen!**) en verklaart op de hoogte te zijn van bovenstaande toelichting.

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening: