

Te sturen aan:

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

of mailen naar: privacy.functionaris@isala.nl
088 624 72 55

Patiëntgegevens:

Naam: _____

BSN: _____

Geboorte datum: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____ E-mailadres: _____

Ik verzoek:

a. Een correctie van mijn medisch dossier:

- ☐ Opname (klinisch dossier)
☐ Notities consult bij arts/behandelaar (poliklinisch dossier)

Specialisme: _____

Behandelaar (indien bekend): _____

In welke behandelperiode: _____

☐ Voorgestelde correctie: _____

b. Een aanvulling van mijn medisch dossier:

- ☐ Opname (klinisch dossier)
☐ Notities consult bij arts/behandelaar (poliklinisch dossier)

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.

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: