|  |  |
| --- | --- |
| Datum:  | ….-…..-….. |
| Aanvrager/ontvanger: *(naam etc)*  | …………………… |
| Onderwerp: | Ontvangst van mijn medische dossier of persoonsgegevens |
| Praktijk of zorgverlener: |  |



Ontvangst medische gegevens en/of persoonsgegevens

*Ik heb gegevens ontvangen van mijn zorgverlener. Na ontvangst ben ik verantwoordelijk voor het goed beschermen van de ontvangen gegevens. Ik kan daarvoor de zorgverlener niet aanspreken.*

*Die blijft verantwoordelijk voor goede bescherming van het dossier dat hij/zij over mij bijhoudt.*

|  |
| --- |
|  |

*Datum ontvangst :*

|  |
| --- |
|  |

*Dossier nummer:*

Ik heb (mijn) persoonsgegevens **en** mijn medische gegevens ontvangen. Ik ben vanaf nu verantwoordelijk voor mijn exemplaar en de gegevens.

Ik heb mijn persoonsgegevens ontvangen. (*alle gegevens waaraan ik te herkennen ben, zoals naam adres woonplaats email telefoon etc.*) Ik ben vanaf nu verantwoordelijk voor mijn exemplaar en de gegevens.

Ik heb mijn medische gegevens ontvangen. (*Dat is het patiëntendossier met medische gegevens*). Ik ben vanaf nu verantwoordelijk voor mijn exemplaar en de gegevens.

Hoe kunnen wij (de zorgverlener) contact met u opnemen?

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Handtekening ontvanger | Verzoek tot andere actie:  |
|  |  |
| Datum ….- ……. - …………. |  |