

## Verzoek inzage/ kopie medisch dossier

Vul het formulier in en stuur het naar uw behandelend arts of naar:

Rijnstate Centraal Medisch Archief  
Postbus 9555  
6800 TA Arnhem  
intern postnummer 1864

[cmarijnstate@rijnstate.nl](mailto:cmarijnstate@rijnstate.nl)

088 - 005 8524

Datum: \_\_\_\_\_

Naam patiënt: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Patiëntnummer: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Het gaat om de poliklinische behandeling van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

Het gaat om de opname van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

Naam behandelend arts: \_\_\_\_\_

Kruis aan wat u wilt aanvragen:

- inzage medisch dossier (wij nemen contact met u op)
- kopie medisch dossier (stuur een kopie van uw identiteitsbewijs mee)

Handtekening patiënt: \_\_\_\_\_

Is de aanvrager iemand anders dan de hierboven genoemde patiënt, vul dan ook onderstaande gegevens in. Hiermee geeft de patiënt toestemming aan onderstaande persoon om zijn medische gegevens op te vragen.

Naam aanvrager: \_\_\_\_\_

Adres aanvrager: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_