



zuyderland

Aanvraag correctie patiëntdossier

Naam patiënt: BSN:

Geboortedatum: man vrouw genderneutraal

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Mobielnummer:

E-mailadres:

Verzoekt om wijziging van onderstaande document(en):

.....
.....

Reden van aanvraag:

.....
.....

Belangrijk!

- Bij een verzoek tot correctie zal na afhandeling het originele document niet meer ingezien kunnen worden.
- Bij verzoek tot correctie van uw dossier dient u een **geldig legitimatiebewijs** (identiteitskaart, paspoort of rijbewijs) te overleggen.

U kunt het ingevulde formulier opsturen of mailen:

Zuyderland MC
Afdeling KlantContactCentrum- team PSB
Postbus 5500
6130 MB Sittard – Geleen
patientenservice@zuyderland.nl

Met ondertekening van dit formulier geeft u aan op de hoogte te zijn van de gevolgen van uw verzoek

Aanvraagdatum: Naam aanvrager*: Handtekening:

*Indien de aanvrager niet de patiënt is, dan dient een machtigingsformulier te worden ingevuld (m.u.v. kinderen < 12 jaar)

MACHTIGING

Uitsluitend van toepassing indien de patiënt niet de aanvrager is

- Graag van patiënt en gemachtigde/ aanvrager een kopie van het geldig legitimatiebewijs toevoegen bij de aanvraag (voor - en achterkant).
- Is uw kind tussen de 12 en 16 jaar oud? Dan zijn een handtekening nodig van ouder en kind tevens van beide een kopie van het geldig legitimatiebewijs (voor - en achterkant).
- Vraagt u als curator, bewindvoerder of mentor gegevens aan dan dient u de gerechtelijke beschikking mee te sturen.

Naam patiënt:	.....
Geboortedatum:	.....
Adres:	.....
Postcode:	.....	Woonplaats:
Telefoonnummer:	.....

Verleent toestemming aan Zuyderland Medisch Centrum om desgevraagd informatie te verstrekken, dan wel zijn/haar medisch dossier te verstrekken aan:

Naam gemachtigde:	.....
BSN:	.....
Adres:	.....
Postcode:	.....	Woonplaats:
Mobielnummer:	.....	E-mailadres:
Relatie tot patiënt:	.....

Datum:

Handtekening patiënt: Handtekening gemachtigde:

Zuyderland Medisch Centrum
Afdeling KlantContactCentrum - team PSB
Postbus 5500
6130 MB Sittard-Geleen

patientenservice@zuyderland.nl