

Verzoek - Anders

1. Gegevens cliënt

Voorletters	<input type="text"/>	Man / Vrouw
Achternaam	<input type="text"/>	
Geboortedatum	<input type="text"/>	
Postcode en huisnummer	<input type="text"/>	
E-mailadres	<input type="text"/>	
Telefoonnummer	<input type="text"/>	

2. Medisch dossier

Divisie	<input type="radio"/> Bewegen	<input type="radio"/> Ogen
	<input type="radio"/> Huid & Vaten	<input type="radio"/> Uiterlijk
	<input type="radio"/> Inwendig	<input type="radio"/> Vrouw
Locatie	<input type="text"/>	
Behandelend arts	<input type="text"/>	
Wilt u uw dossier corrigeren of aanvullen?	<input type="radio"/> Corrigeren	
	<input type="radio"/> Aanvullen	
Wat is uw verzoek?	<input type="text"/>	

Uw verzoek m.b.t. medische gegevens wordt alleen in behandeling genomen met een bijgestuurde kopie van een **geldig legitimatiebewijs** waarbij uw **BSN is afgeschermd**. Zie [hier](#) informatie over veilig versturen van een ID-bewijs. Uw kopie verwijderen wij na identificatie.

Het ingevulde formulier met kopie van uw ID bewijs kunt u verzenden naar:

Uw contactpersoon Of **info@bergmanclinics.nl**