

Verzoek - Anders

1. Gegevens cliënt

Voorletters Man / Vrouw
Achternaam
Geboortedatum
Postcode en huisnummer
E-mailadres
Telefoonnummer

2. Medisch dossier

Divisie	Bewegen	KNO	Vrouw
	Huid & Vaten	Ogen	
	Inwendig	Uiterlijk	

Locatie
Behandelend arts
Wilt u uw dossier corrigeren of aanvullen? Corrigeren
Aanvullen
Wat is uw verzoek?

3. Ondertekening aanvrager

Handtekening aanvrager Datum

Handtekening ouder / verzorger
(bij cliënt onder 16 jaar)

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**