



# Martine van Bokhoven

## Diëtist

### AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF VERNIETIGING PARAMEDISCHE GEGEVENS

#### Gegevens cliënt

Achternaam en voorletters:	
Meisjesnaam:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoon (privé of mobiel):	
E-mailadres:	

#### Onderstaande alleen invullen indien de aanvrager een andere persoon is dan de cliënt

#### (uitsluitend toegestaan indien ouder/verzorger/voogd bij kinderen < 16 jaar):

Naam aanvrager:	
Relatie tot cliënt:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoon (privé of mobiel):	
E-mailadres:	

#### Verzoekt om:

- Inzage diëtistisch dossier
- Kopie van/uit diëtistisch dossier
- Correctie van de objectieve gegevens in het diëtistisch dossier
- Vernietiging van medische gegevens uit het diëtistisch dossier

Het betreft gegevens over de behandeling bij diëtist:

.....

Behandeling vond plaats in de periode(n):

.....

Indien het verzoek alleen bepaalde gegevens betreft, om welke gegevens gaat het dan?

.....

.....

**Verzending:**

Het afschrift wordt u per post toegezonden. In overleg kan het ook worden opgehaald.

Ondertekening cliënt/aanvrager (doorhalen wat niet van toepassing is):

Plaats: ..... Datum: .....

Handtekening .....

Registratienummer legitimatiebewijs: .....

**Wij vragen u het aanvraagformulier zelf te overhandigen aan de diëtist en uw legitimatiebewijs mee te nemen zodat wij uw identiteit kunnen verifiëren.**



**Praktijklocatie:**  
Medisch beweegcentrum  
De Dam 5  
6021 KM Budel

**T** 06 - 45 82 71 95  
**E** info@martinevanbokhovendietist.nl  
**W** www.martinevanbokhovendietist.nl

