

## Aanvraagformulier uitoefening patiëntrechten persoonsgegevens

### Podotherapiepraktijk

Podotherapie Linders

### Patiënt

Achternaam: \_\_\_\_\_

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

### Betreft

- |                          |                                  |                |
|--------------------------|----------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Recht om in te zien              | Details: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Recht om te wijzigen             | Details: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Recht om vergeten te worden      | Details: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Recht om gegevens over te dragen | Details: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Recht op informatie              | Details: _____ |

### Verzenden naar

T.a.v.: \_\_\_\_\_

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

Postcode: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

### Akkoord patiënt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Datum*

*Naam*

*Handtekening*

*Print dit formulier uit en neem dit mee tijdens uw volgend bezoek aan de praktijk. Neemt u hiervoor wel uw legitimatiebewijs mee.*