**AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE OF VERNIETIGING CLIENT GEGEVENS.**

**Gegevens (voormalig) cliënt.**

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

***Onderstaande alleen invullen als de aanvrager een andere persoon is dan de cliënt (dit is uitsluitend toegestaan bij kinderen jonger dan 16 jaar):***

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

 **Verzoekt om:**

* Inzage cliënt dossier
* Kopie van/uit cliënt dossier
* Correctie van de objectieve gegevens in het cliënten dossier
* Vernietiging van gegevens uit het cliënten dossier

**Het betreft dossier gegevens over de begeleiding/ondersteuning bij:**

Zorg Actief

Terborgseweg 5

7091DP Dinxperlo

Info@zorg-actief.nl

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

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

Handtekening ............................................................................................................................

Registratienummer legitimatiebewijs: .............................................................

**Wij vragen u het aanvraagformulier zelf langs te brengen bij ons kantoor en uw legitimatiebewijs mee te nemen zodat wij uw identiteit kunnen verifiëren.**

Zorg Actief

Terborgseweg 5

7091DP Dinxperlo

Info@zorg-actief.nl

