

Aanvraagformulier uitoefening patiëntrechten persoonsgegevens

Podotherapiepraktijk

Podotherapie Segerink

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.