



Formulier Machtiging verzoek inzage / verwijderen/ overdragen persoonsgegevens

Gegevens patiënt:

Naam: _____ Geslacht: Man Vrouw
Voorletters: _____ BSN: _____
Geboortedatum: _____

Gegevens gemachtigde:

Naam: _____ Geslacht: Man Vrouw
Voorletters: _____ BSN: _____
Geboortedatum: _____

Relatie tot patiënt: _____
Voeg een kopie van een geldig legitimatiebewijs van de gemachtigde toe.

Ondertekening:

Ik geef door middel van deze verklaring weloverwogen toestemming aan onderstaande gemachtigde tot het opvragen en/of wijzigen van: (* *aanvinken wat van toepassing is*)

- Medische en persoonlijke** gegevens. *
- Financiële** gegevens. *

Duur van de machtiging:

(Indien geen datum is aangegeven blijft de machtiging geldig totdat de patiënt zelf de machtiging doet intrekken)

Begindatum: _____ Einddatum: _____

Datum: _____ Handtekening patiënt: _____ Handtekening gemachtigde: _____

Stuur het volledig ingevulde formulier met een kopie van een geldig legitimatiebewijs van de gemachtigde (*legitimatiebewijs wordt na verificatie direct vernietigd*) **naar de Functionaris**

Gegevensbescherming:

per mail: privacy@annadal-kliniek.nl
of per post: Annadal Kliniek
T.a.v. Functionaris Gegevensbescherming
Brouwersweg 100 C02
6216 EG Maastricht

Wij nemen binnen een maand na ontvangst van het verzoek contact met u op over het gevolg dat aan het verzoek is gegeven. Afhankelijk van de complexiteit van het verzoek en van het aantal verzoeken kan deze termijn met twee maanden worden verlengd. Dit delen wij u binnen de eerste maand na ontvangst mede.

In te vullen door Annadal Kliniek:

Datum ontvangst aanvraag:	Paraaf medewerker:
Datum afgehandeld:	Paraaf medewerker: