

## Aanvraagformulier uitoefening patiëntrechten persoonsgegevens

### Orthopedisch Schoentechnisch Bedrijf

ShoeMedics

#### 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*