

PERSOONLIJK EN VERTROUWELIJK

Velthuiskliniek Nederland bv
T.a.v. het Informatiecentrum
Antwoordnummer 11517
5657 DD Eindhoven

Graag ontvang ik een kopie van mijn medisch dossier betreffende mijn behandeling bij Velthuiskliniek.

Dhr./Mevr.: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Geb.datum: _____

Emailadres: _____

Datum aanvraag: _____

Plaats aanvraag: _____

Handtekening: _____

Dit formulier kunt u samen met een kopie van uw identiteitsbewijs per post toesturen. Na controle zal de kopie van uw identiteitsbewijs worden vernietigd.

U kunt hiervoor bovenstaand antwoordnummer gebruiken, een postzegel is dus niet nodig.

U kunt het formulier ook invullen, scannen en per (veilige) mail retourneren naar

info@velthuiskliniek.nl

Wij zullen een kopie van uw medisch dossier per aangetekende mail of post binnen 3 werkdagen naar u versturen.

Informatiecentrum T 088 778 52 21