

		Aanvraag wijzigen of vernietigen medische gegevens Datum aanvraag:	
Uw gegevens:			
Partnersnaam		Geboortenaam	
Voorletters		Geboortedatum	
Straat + huisnummer		Woonplaats	
Postcode		Telefoonnummer	
Burgerservicenummer		Geslacht	☐ man ☐ vrouw
E-mailadres			
Verzoekt om: (aankruisen wat van toepassing is)			
☐ Aanvulling	☐ Wijziging	☐ Vernietiging deel dossier	☐ Vernietiging volledig dossier
Specialisme(n)			
Behandelaar			
Periode	Van:	Tot:	
Reden wijziging/vernietiging:			
Opmerking:			
Handtekening:			

U kunt het formulier bij voorkeur mailen naar cma@viecuri.nl.

Of stuur dit formulier per post naar:

VieCuri Medisch Centrum
Afdeling CMA
Postbus 1926
5900 BX VENLO

Vragen?

U kunt ons mailen via cma@viecuri.nl. Wij streven er naar u binnen 3 werkdagen een reactie te geven. Of bel ons via telefoonnummer (077) 320 64 37. Wij zijn telefonisch bereikbaar van maandag tot en met woensdag van 09:00 tot 12:00 uur.