Verzoek tot opvragen cliëntdossier

Gegevens cliënt (aanvrager)

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Postcode |  |
| Woonplaats |  |
| Geboortedatum |  |

Gegevens vertegenwoordiger (alleen invullen indien van toepassing)

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Postcode |  |
| Woonplaats |  |
| Geboortedatum |  |

Datum van deze aanvraag:

Handtekening cliënt: …………………………………………

Indien van toepassing, handtekening vertegenwoordiger:

 …………………………………………..

Het verzoek betreft het ontvangen van (aankruisen wat van toepassing is):

[ ]  Diagnoseverslag

[ ]  Behandelplan

[ ]  Zorgplan

[ ]  Anders, namelijk ……………….

Kruis je keuze aan:

[ ]  Ik kom het dossier zelf ophalen op een afgesproken datum en tijd.

[ ]  Ik wil mijn dossier ontvangen via een beveiligde digitale verbinding,

 naar mailadres: …………………………………………………………

Stuur dit ingevulde formulier naar: privacy@regionaalautismecentrum.nl of per post naar

Regionaal Autisme Centrum

t.a.v. Functionaris gegevensbescherming

Schootense Loop 2

5708 HX Helmond

*Belangrijk: voeg een kopie ID toe van de aanvrager en zo nodig de vertegenwoordiger, verwijder het BSN nummer. Je kunt hiervoor gebruik maken van* [*deze link*](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/identiteitsfraude/vraag-en-antwoord/veilige-kopie-identiteitsbewijs) *van de Rijksoverheid.*

Wij zullen uw aanvraag zo spoedig mogelijk verwerken, u kunt binnen uiterlijk vier weken een reactie verwachten.

Heeft u vragen over uw aanvraag, neem dan contact op met de functionaris gegevensbescherming via email: privacy@regionaalautismecentrum.nl of tijdens kantoortijden telefonisch 0649266437.