

**Standaard aanvraagformulier : Verzoek om vernietiging (deel) medisch dossier**

**Betreft patiëntendossier van :**

Naam	Man/ vrouw*
Adres / Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnummer / mobiel	
Geboortedatum	
BSN	
E-mailadres	

Plaats:.....

Datum:.....

Handtekening patiënt: ..... Paspoort / ID kaart / rijbewijs* nummer: .....
---

**Legitimatie gezien door medewerker Meander Medisch Centrum:**

Datum: .....

Naam en functie: .....

Handtekening: .....

\*doorstrepen wat niet van toepassing is.

**Aanvrager kiest voor:**

- Vernietigen van gegevens
- Anonimiseren van gegevens

Hieronder kunt u aangeven welke gegevens u met betrekking tot welk specialisme en behandelperiode u wilt vernietigen of anonimiseren.

<b>Soort gegevens</b>	<b>Specialisme / Specialist</b>	<b>Behandelperiode</b>
Opname gegevens		
Poliklinische gegevens		
Verslaglegging gegevens		
Laboratorium gegevens		
Functie onderzoek		
Beeldmateriaal als röntgen/CT-scan/MRI onderzoek		

**Ruimte voor vragen en / of opmerkingen**

**In te vullen door behandelend specialist**

Naam behandelend specialist: .....

**Akkoord met aanvraag (deel)vernietigingsverzoek**

- Ja
- Nee

**Motivatie bij geen akkoord:**

Datum: .....

Handtekening behandelend specialist:

---

**Aanvraag gezien:**

Functionaris voor de gegevensbescherming:

Datum:.....