

Aanvraagformulier

Verzoek om vernietiging (deel) medisch dossier bij **wilsonbekwaamheid** van de patiënt of ingeval van **kinderen**.

Betreft patiëntendossier van :

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

Gegevens 1^e wettelijk vertegenwoordiger

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

Gegevens 2^e wettelijk vertegenwoordiger

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

Plaats:.....

Datum:.....

Handtekening 1^e ouder / 1^e wettelijk vertegenwoordiger*:

Legitimatie 1^e ouder/ 1^e wettelijk vertegenwoordiger*

Paspoort / ID kaart / rijbewijs* nummer:

*doorstrepen wat niet van toepassing is.

Handtekening patiënt / 2^e ouder / 2^e wettelijk vertegenwoordiger*:

Legitimatie patiënt / 2^e ouder/ 2^e wettelijk vertegenwoordiger*

Paspoort / ID kaart / rijbewijs* nummer.....

Legitimatie gezien door medewerker Meander Medisch Centrum:

Datum.....

Naam en functie.....

Handtekening:

Aanvrager kiest voor:

- Vernietigen van gegevens
- Anonimiseren van gegevens

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

Soort gegevens	Specialisme / Specialist	Behandelperiode
Opname gegevens		
Poliklinische gegevens		
Verslaglegging gegevens		
Laboratorium gegevens		
Functie onderzoek		
Beelmateriaal als röntgen / CT scan/ MRI onderzoek		

Handtekening aanvrager 1:.....

Handtekening aanvrager 2:.....

In te vullen door behandelend specialist

Naam behandelend specialist:

Akkoord met aanvraag

- Ja
- Nee

Motivatie bij geen akkoord:

Datum:

Handtekening behandelend specialist :

Aanvraag gezien:

Functionaris voor de gegevensbescherming:

Datum:.....
