

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.

Soort gegevens	Specialisme / Specialist	Behandelperiode
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:.....