

## 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<sup>e</sup> wettelijk vertegenwoordiger

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

### Gegevens 2<sup>e</sup> wettelijk vertegenwoordiger

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

Plaats:.....

Datum:.....

Handtekening 1<sup>e</sup> ouder / 1<sup>e</sup> wettelijk vertegenwoordiger\*: .....

Legitimatie 1<sup>e</sup> ouder/ 1<sup>e</sup> wettelijk vertegenwoordiger\*

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

\*doorstrepen wat niet van toepassing is.

Handtekening patiënt / 2<sup>e</sup> ouder / 2<sup>e</sup> wettelijk vertegenwoordiger\*: .....

Legitimatie patiënt / 2<sup>e</sup> ouder/ 2<sup>e</sup> 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		

**Ruimte voor vragen en/ of opmerkingen**

### 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:.....

---

#### Akkoordverklaring aanvrager\*\*

Aanvrager c.q. ondergetekende gaat akkoord en geeft toestemming aan Meander Medisch Centrum om tot uitvoer over te gaan van het ingediende vernietigingsverzoek.

Voorts verklaart ondergetekende geen klacht en/of schadeclaim en/of tuchtzaak tegen Meander Medisch Centrum, dan wel tegen een hulpverlener werkzaam in Meander Medisch Centrum, zal indienen inzake de behandelingen die beschreven staan in het te vernietigen dossier.

Plaats:.....

Datum:.....

Naam aanvrager:.....

Handtekening:

\*\* Dit deel vult u pas in na akkoord specialist.