

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:.....

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.