

Meander Medisch Centrum**VERKLARING INZAKE VERZOEK TOT Vernietiging Patiëntendossier**

Ondergetekende (de patiënt of bij wilsonbekwaamheid diens wettelijk vertegenwoordiger) verklaart hierbij dat de hierna genoemde patiënten-dossiers of delen daarvan op zijn/haar verzoek zullen worden vernietigd.

Voorts verklaart ondergetekende dat hij/zij geen klacht en/of schadeclaim tegen Meander Medisch Centrum, danwel een hulpverlener werkzaam in het medisch centrum, zal indienen inzake de behandelingen die beschreven staan in de te vernietigen dossiers.

Gegevens patiënt:

Naam: Geboortedatum: Patiëntnummer:

Adres/woonplaats:

Datum: Handtekening:

Legitimatie : gezien door (naam en handtekening medewerker)
of kopie toevoegen

Bij wilsonbekwaamheid van de patiënt diens wettelijk vertegenwoordiger:

Naam:

Adres/woonplaats:

Datum: Handtekening:

Legitimatie : gezien door (naam en handtekening medewerker)
of kopie toevoegen

- | | <u>Soort dossier</u> | <u>Specialisme</u> | <u>Behandeldata</u> |
|--------------------------|------------------------------|--------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Klinisch medisch dossier | | |
| <input type="checkbox"/> | Poliklinisch medisch dossier | | |
| <input type="checkbox"/> | Zorgdossier | | |
| <input type="checkbox"/> | Revalidatiedossier | | |
| <input type="checkbox"/> | PAAZ-dossier | | |
| <input type="checkbox"/> | Overige gegevens, te weten: | | |

“Een arts mag een patiënt die om vernietiging van zijn hele dossier vraagt, wijzen op de gevaren daarvan en aanraden niet tot vernietiging over te gaan. Volhardt de patiënt in zijn wens het dossier te vernietigen, dan wordt tot vernietiging overgegaan.” (richtlijnen omgaan met medische gegevens, KNMG)

Gezien:

Behandelend arts..... Handtekening.....

Gezien:**Functionaris voor de gegevens bescherming:**

Handtekening..... Datum.....