

## Formulier verzoek om vernietiging van (een deel van) het medisch dossier

Het dossier betreft:

Patiëntnummer \_\_\_\_\_

Naam + voorletters \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Burgerservicenummer (BSN) \_\_\_\_\_

Welke gegevens wilt u vernietigd hebben?

- het gehele medisch dossier
- deel van het medisch dossier, te weten \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Wat is de reden voor het verzoek vernietiging van (een deel van) het medisch dossier?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ondertekening

Plaats \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Handtekening aanvrager \_\_\_\_\_

### Ter informatie

Na ontvangst van dit formulier wordt uw verzoek voorgelegd aan uw behandelend arts die het verzoek beoordeelt. Indien er geen bezwaren zijn, zal na dit oordeel worden overgegaan tot vernietiging van de gevraagde gegevens. Uw verzoek tot vernietiging wordt bewaard. U wordt geïnformeerd als uw gegevens vernietigd zijn.