

4.1a Verzoek om vernietiging van (deel) medisch dossier patiënt

Bij deze verzoek ik:

Naam (voorletters en achternaam) :
Straat en huisnummer :
Postbode en Woonplaats :
Geboortedatum :
Patiëntnummer :
E-mail adres :
Telefoonnummer :

Om vernietiging van mijn gehele medisch dossier (graag naam behandelaar invullen):

- Orthopedie, behandelaar :
- Radiologie, behandelaar :
- Anesthesiologie, behandelaar :
- Pijnbehandelcentrum, behandelaar :
- Reumatologie, behandelaar :
- Revalidatie, behandelaar :

Om vernietiging van een deel van mijn medisch dossier (graag naam behandelaar invullen):

- Orthopedie, behandelaar :
- Radiologie, behandelaar :
- Anesthesiologie, behandelaar :
- Pijnbehandelcentrum, behandelaar :
- Reumatologie, behandelaar :
- Revalidatie, behandelaar :

Startdatum behandeling : - -
Einddatum behandeling : - -

Ik zend als bijlage een kopie van mijn geldig Nederlands identiteitsbewijs (paspoort, rijbewijs, identiteitskaart of brommerrijbewijs categorie AM) mee.

Datum verzoek : - -

Handtekening :

Formulier met bijlage zenden naar:

Raad van Bestuur Sint Maartenskliniek
t.a.v. afdeling bestuurssecretariaat
Postbus 9011
6500 GM Nijmegen

Ter informatie:

Na ontvangst wordt uw verzoek wordt doorgeleid aan de betreffende behandelaar die het verzoek beoordeelt. Indien er geen bezwaren zijn, zal worden overgegaan tot vernietiging van de gevraagde gegevens. Bezwaren kunnen wettelijke of medisch inhoudelijke aard zijn. Ook kan een ander dan u een aanmerkelijk belang hebben bij het bewaren van de gegevens. Uw verzoek tot vernietiging wordt door de behandelaar en de Raad van Bestuur bewaard. U wordt door de Raad van Bestuur geïnformeerd over de vernietiging van de gegevens of de reden waarom niet tot vernietiging wordt overgegaan.