

Aanvraag vernietiging (deel) medisch dossier

Met dit formulier kunt u vernietiging van uw dossier aanvragen of een deel daarvan.

Voor meer informatie zie de Procedure VERNIETIGEN (DEEL) MEDISCH DOSSIER

Ondergetekende,

RKZ patiënt-nummer _____

Voorletters en achternaam _____

Meisjesnaam (indien van toepassing) _____

Geslacht _____

Geboortedatum (dag/maand/jaar) _____

Straat en huisnummer _____

Postcode en woonplaats _____

E-mailadres _____

Datum:

Plaats:

Wil vernietiging van zijn (deel) medisch dossier

Handtekening patiënt:
Paspoort/ ID kaart / rijbewijs* nummer

Legitimatie gezien door functionaris dossierbeheer Rode Kruis Ziekenhuis

Datum:.....

Naam en functie:.....

Handtekening:.....

*doorstrepen wat niet van toepassing is

Hieronder kunt u aangeven welke gegevens u met betrekking tot welk specialisme en behandelperiode u wilt laten vernietigen.

Soort gegevens	Specialisme/specialist	Behandelperiode
Opname gegevens		
Poliklinische gegevens		
Verslaglegging gegevens		
Laboratorium gegevens		
Functie onderzoek		
Beeldmateriaal als rontgen/ct scan/MRI onderzoek		

Ja nee

Heeft kennis genomen van de procedure

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 dossierbeheer:

Datum:.....