

Aanvraag vernietiging (deel) medisch dossier derden

Met dit formulier kunt u vernietiging van het dossier aanvragen of een deel daarvan bij wilsonbekwaamheid van de patiënt of ingeval van kinderen.

Betreft patientendossier van:

RKZ patiënt-nummer _____
Voorletters en achternaam _____
Meisjesnaam (indien van toepassing) _____
Geslacht _____
Geboortedatum (dag/maand/jaar) _____
Straat en huisnummer _____
Postcode en woonplaats _____
E-mailadres _____

Gegevens 1^e wettelijk vertegenwoordiger

| | |
|-----------------------|--|
| Naam | |
| Geslacht | |
| Adres/Postcode | |
| Woonplaats | |
| Telefoonnummer/mobiel | |
| BSN | |
| Geboortedatum | |
| E-mailadres | |

Gegevens 2^e wettelijk vertegenwoordiger

| | |
|-----------------------|--|
| Naam | |
| Geslacht | |
| Adres/Postcode | |
| Woonplaats | |
| Telefoonnummer/mobiel | |
| BSN | |
| Geboortedatum | |
| E-mailadres | |

Plaats:.....

Datum:.....

Handtekening 1^e ouder / 1^e wettelijk vertegenwoordiger*.....Legitimatie 1^e ouder / wettelijk vertegenwoordiger*.....

Paspoort/ ID/ rijbewijs* nummer.....

*doorstrepen wat niet van toepassing is

Handtekening 2^e ouder / 2^e wettelijk vertegenwoordiger*.....

Legitimatie 2^e ouder / wettelijk vertegenwoordiger*.....

Paspoort/ ID/ rijbewijs* nummer.....

Legitimatie gezien door functionaris dossierbeheer Rode Kruis Ziekenhuis

Datum:.....

Naam en functie:.....

Handtekening:.....

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 | | |

Handtekening aanvrager1:.....

Handtekening aanvrager 2:.....

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:.....