

Leest u voor het invullen van dit formulier eerst de informatie over de procedure!

Ondergetekende patiënt:

Geboortedatum:

Naam :

Adres :

Postcode :

Woonplaats :

Telefoon :

Patiëntnummer :

Burgerservicenummer :

verzoekt om (aankruisen wat van toepassing is):

- vernietiging **papieren** dossier
- vernietiging **electronische** dossier (EPD)
- vernietiging **gedeeltelijke** dossier

Betreffende,

specialisme :

behandelperiode:

Ondergetekende verklaart op de hoogte te zijn van de informatie over de procedure en heeft een kopie van een legitimatiebewijs bijgevoegd

Datum :

Handtekening :

Dit formulier opsturen naar:

Reinier de Graaf Groep

Medisch Archief

Postbus 5011

2600 GA Delft

REINIER DE GRAAF GROEP

2009

INFORMATIE VOOR PATIËNTEN OVER DE PROCEDURE VOOR VERNIETIGING MEDISCH DOSSIER

Op grond van de wet mag u de arts of de instelling verzoeken uw dossier te vernietigen. U kunt er ook voor kiezen om een bepaald gedeelte van uw dossier te laten vernietigen.

De Reinier de Graaf Groep verzoekt u om dit formulier bij uw aanvraag te gebruiken.

Bij vernietiging van uw dossier zullen enkele gegevens toch blijven bestaan voor zover deze noodzakelijk zijn in verband met wettelijk voorschrift, of in verband met de controlebevoegdheid van de zorgverzekeraar. Ook kan het zijn dat er belangen van derden zijn op grond waarvan uw dossier of delen ervan niet vernietigd kunnen worden.

Na vernietiging ontvangt u bericht dat uw dossier vernietigd is. Daarvan wordt wel een aantekening gemaakt. In principe worden uw gegevens binnen drie maanden na uw aanvraag vernietigd.