

## Aanvraagformulier verzoek vernietiging medische gegevens

### **Persoonlijke gegevens patiënt:**

Achternaam & voorletters: \_\_\_\_\_ m / v

Geboortenaam : \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_

Postcode & woonplaats : \_\_\_\_\_

Telefoonnummer : \_\_\_\_\_

Burgerservicenummer : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

### ***Indien de aanvrager een ander persoon is dan de patiënt***

*(uitsluitend bij kinderen jonger dan 16 jaar of als de patiënt niet meer in leven is):*

### ***Gegevens aanvrager***

Naam aanvrager : \_\_\_\_\_

Relatie tot patiënt : \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_

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

Telefoonnummer : \_\_\_\_\_

***Wat is de periode van behandeling? Van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_***

***Bij welk specialisme / specialist / behandelaar ben je onder behandeling (geweest) ?***

\_\_\_\_\_

***Welke gegevens wil je vernietigd hebben?***

- Gehele medisch dossier
- Deel van het medisch dossier, te weten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**De aard en omvang van de te vernietigen medische gegevens en de mogelijke gevolgen daarvan zijn mij duidelijk en ik ga daarmee akkoord.**

### **Ondertekening**

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

Handtekening patiënt \_\_\_\_\_

**Indien de aanvrager een ander persoon is dan de patiënt (uitsluitend bij kinderen jonger dan 16 jaar of als de patiënt niet meer in leven is):**

### **Handtekening aanvrager of ouder:**

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

### **Handtekening kind (tussen 12- 16 jaar):**

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

### **Kinderen/jongeren**

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) beschouwt een patiënt vanaf 16 jaar meerderjarig. Jongeren vanaf 16 jaar die (een deel van) hun medisch dossier willen vernietigen, moeten zelf de aanvraag indienen en ondertekenen.

Bij een verzoek tot vernietiging van (een deel van) het medisch dossier van kinderen tussen de 12 en 16 jaar dienen zowel het kind als de ouder/voogd het formulier te ondertekenen. Voor kinderen jonger van 12 jaar moet een van der ouders/voogd het verzoek indienen.

**Let op: voeg een kopie toe van je geldige identiteitsbewijs\*. Dit geldt voor iedereen die een handtekening zet. Alleen dan wordt je verzoek in behandeling genomen.**

Je volledig ingevulde aanvraagformulier kun je samen met een kopie van je identiteitsbewijs\* (zonder postzegel) opsturen naar: Anna Ziekenhuis, t.a.v. afdeling CMA, Antwoordnummer 10031, 5660 VB Geldrop. Of je kunt het mailen naar: [cma@st-anna.nl](mailto:cma@st-anna.nl). Een niet-volledig ingevuld aanvraagformulier en/of een aanvraagformulier zonder kopie van je identiteitsbewijs wordt niet in behandeling genomen.

\* Met de KopieID-app van de Rijksoverheid maak je met je mobiele telefoon of tablet een veilige kopie van je identiteitsbewijs. Kijk voor meer informatie op:

[www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/identiteitsfraude/vraag-en-antwoord/veilige-kopie-identiteitsbewijs](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/identiteitsfraude/vraag-en-antwoord/veilige-kopie-identiteitsbewijs)