

Aanvraagformulier verzoek tot verwijdering (deel) medisch dossier.

Gegevens aanvrager

Naam:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Legitimatiebewijs

Reden aanvraag inzage/kopie/verwijdering:
.....

Gegevens patiënt

Naam patiënt:

Geboortedatum patiënt:

Adres patiënt:

Postcode en woonplaats:

Patiëntnummer/ legitimatie:
.....

Specificatie gegevens

Deze aanvraag betreft een verzoek tot¹:

- verwijdering/anonimisatie alle medische gegevens
- verwijdering/anonimisatie deel van de medische gegevens

Indien uw verzoek betrekking heeft op een deel van de medische gegevens, kunt u hieronder aangeven welke gegevens u wil laten verwijderen. S.v.p. aangeven welk specialisme, welke periode of datum en welke gegevens (bijvoorbeeld enkel verslaglegging aan huisarts) u wilt laten verwijderen.

Toelichting:

.....

.....

Toelichting

Het BovenIJ ziekenhuis acht het niet wenselijk om medische gegevens te vernietigen. Het BovenIJ ziekenhuis gaat er van uit dat u geen gerechtelijke procedure of andersoortige procedures tegen ons aanhangig zult maken en wij behouden ons het recht voor om ons op dit laatste te beroepen. Een verzoek tot verwijdering van (een deel) van de medische gegevens uit dossiers van derden, wordt alleen dan in behandeling genomen indien de aanvrager de wettelijke vertegenwoordiger is van de (voormalig) patiënt wiens gegevens het betreft. Bij een aanvraag van kinderen onder de 12 jaar zijn de ouders wettelijk vertegenwoordiger. Bij een aanvraag van kinderen tussen 12 en 16 jaar moet er een toestemming zijn van het kind (handtekeningen en legitimatiebewijzen kind) en indien niet strijdig met de medisch professionele standaard tevens van ouder. De aanvaardbaarheid van aanvragen door adoptief- of pleegouders wordt door onze juridisch medewerker getoetst.

¹ Aanvinken wat van toepassing is.

Ondertekening

Ondergetekende,

Wenst verwijdering van de hierboven vermelde medische gegevens uit de (elektronische) dossiers van het BovenIJ Ziekenhuis.

Heeft kennis genomen van bovenstaande toelichting over verwijdering van patiëntgegevens.

Accepteert het gezondheidsrisico dat hiervan mogelijk het gevolg is voor zichzelf of degene die ondergetekende wettelijk vertegenwoordigt.

Heeft een kopie van een geldig identiteitsbewijs van zichzelf en/of personen die ondergetekende wettelijk vertegenwoordigt bijgesloten.

Datum:

Handtekening (indien patiënt niet wilsbekwaam is moet de vertegenwoordiger ondertekenen):

Handtekening :

Uw ingevulde aanvraagformulier kunt u tesamen met een kopie van uw legitimatiebewijs sturen naar:
BovenIJ Ziekenhuis, t.a.v. directiesecretariaat, Postbus 37610, 1030 BD Amsterdam