

Gegevens aanvrager

Naam:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Legitimatiebewijs patiënt:

Reden aanvraag:

.....

Gegevens patiënt

Naam patiënt:

Geboortedatum patiënt:

Adres patiënt:

Postcode en woonplaats:

Patiëntnummer:

Specificatie gegevens

Deze aanvraag betreft een verzoek tot¹:

- wijzigen van medische gegevens
- afschermen van medische gegevens
- verwijderen/anonimisatie alle medische gegevens
- verwijderen/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 wijzigen/afschermen/verwijderen. S.v.p. aangeven welk specialisme, welke periode of datum en welke gegevens (bijvoorbeeld enkel verslaglegging aan huisarts) u wilt laten afschermen/verwijderen. Voor het afschermen van gegevens graag ook vermelden voor wie de gegevens nog wél zichtbaar mogen zijn.

Toelichting:

.....

.....

Toelichting

Het BovenIJ ziekenhuis acht het niet verstandig om medische gegevens te vernietigen en gaat er vanuit dat u geen gerechtelijke procedure of andersoortige procedures tegen ons aanhangig zal maken en wij behouden onze rechten voor om ons op dit laatste te beroepen.

Een verzoek tot wijzigen/afschermen/verwijderen van (een deel) van de medische gegevens uit dossiers van derden, wordt alleen in behandeling genomen indien de aanvrager een 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 kind (handtekeningen en legitimatiebewijzen kind) en indien niet strijdig met de medisch professionele standaard tevens van ouder. De aanvaardbaarheid van aanvragen door adoptie- of pleegouders wordt door onze juridisch medewerker getoetst.

¹ Aanvinken wat van toepassing is.

Ondertekening

Ondergetekende,

- Wenst wijziging/afscherming/verwijdering van de hierboven vermelde medische gegevens uit de (elektronische) dossiers van het BovenIJ ziekenhuis en heeft kennis genomen van bovenstaande toelichting.
- 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:

Handtekening²:

Uw ingevulde aanvraagformulier kunt u samen met een kopie van uw legitimatiebewijs sturen naar:
BovenIJ ziekenhuis, t.a.v. directiesecretariaat, Statenjachtstraat 1, 1034 CS Amsterdam

² indien patiënt niet wilsbekwaam is moet de vertegenwoordiger ondertekenen