

Werkingsgebied : Revalidatie  
Vastgesteld op : 30-8-2018  
In werking op : 30-8-2018  
Geldig tot : 1-9-2022  
Documenteigenaar : Voorzitter Medische staf  
Auteur : Irene Kos



## VERNIETIGINGSVERZOEK

Medisch/ Multidisciplinair dossier

### MIJN GEGEVENS:

DE HEER/ MEVROUW:	GEBOORTEDATUM:
CLIENTNUMMER:	
ADRES:	HUISNUMMER:
POSTCODE:	WOONPLAATS:
TELEFOONNUMMER:	BSN NUMMER:
WETTELIJK VERTEGENWOORDIGER (INDIEN VAN TOEPASSING):	

### Welke gegevens wilt u vernietigd hebben?

- Het gehele medisch/multidisciplinaire dossier  
 Deel van het dossier, te weten:

---

---

---

---

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

---

---

---

---

HANDTEKENING:	DATUM:
HANDTEKENING: (minderjarige patient 12-16 jaar)	PLAATS:

Ter informatie: Na ontvangst van dit formulier wordt uw verzoek voorgelegd aan uw behandelend arts die het verzoek beoordeelt. Indien er geen bezwaren zijn, zal binnen 3 maanden na dit oordeel worden overgegaan tot vernietiging van de gevraagde gegevens. Uw verzoek tot vernietiging wordt bewaard. U wordt geïnformeerd als uw gegevens vernietigd zijn.