

Werkingsgebied : Revalidatie
Vastgesteld op : [Vastgesteld]
In werking op : 30-8-2018
Geldig tot : 30-8-2019
Documenteigenaar : 39
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.