

VERNIETIGINGSVERZOEK

Medisch/ Multidisciplinair dossier

MIJN GEGEVENS:

DE HEER/ MEVROUW:	GEBORTE DATUM:
CLIËNTNUMMER:	
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 patiënt 12-16 jaar)	PLAATS:

Ter informatie: Na ontvangst van dit formulier wordt uw verzoek door ons in behandeling genomen. U wordt binnen één maand na ontvangst geïnformeerd over de afhandeling. Mocht uw verzoek complex blijken, kunnen wij de reactietermijn met twee maanden verlengen. Hier informeren wij u binnen de eerste maand over.