

Aanvraagformulier: Verzoek om vernietiging (deel) medisch dossier bij **wilsonbekwaamheid** van de patiënt of ingeval van **kinderen**.

Betreft patiëntendossier van:

Naam	
Geboortedatum	
Adresgegevens	
Telefoonnummer	
E-mailadres	

Gegevens 1e wettelijke vertegenwoordiger:

Naam	
Geboortedatum	
Adresgegevens	
Telefoonnummer	
E-mailadres	

Gegevens 2e wettelijke vertegenwoordiger:

Naam	
Geboortedatum	
Adresgegevens	
Telefoonnummer	
E-mailadres	

- Ik heb de patiëntenfolder met informatie over de gevolgen die een (gedeeltelijke) vernietiging van mijn dossier met zich meebrengen ontvangen.

Aanvrager kiest voor:

- Vernietigen van persoonsgegevens
- Anonimiseren van persoonsgegevens

Hieronder kunt u aangeven welke persoonsgegevens u met betrekking tot welk specialisme en behandelperiode wilt vernietigen of anonimiseren.

Soort gegevens	Specialisme	Behandelperiode
Opnamegegevens		
Poliklinische gegevens		
Gegevens betreffende verslaglegging		
Laboratoriumgegevens		
Gegevens betreffende functie onderzoek		
Beeldmateriaal als röntgen/CT-scan/MRI-onderzoek		

Ruimte voor vragen en/of opmerkingen:

Plaats:.....

Datum:.....

Handtekening 1e wettelijke vertegenwoordiger:

Handtekening 2e wettelijke vertegenwoordiger:

Legitimatie gezien door medewerker Meander Medisch Centrum:

Datum:.....

Naam en functie:.....

Handtekening medewerker: