

Aanvraagformulier verzoek tot verwijdering (deel) medisch dossier.   
Verzoek is door de wettelijk vertegenwoordiger ingediend.

Gegevens aanvrager

Naam: ………………………………………………………………………………………………………

Adres: ………………………………………………………………………………………………………

Postcode en woonplaats:.…………………………………………………………………………………

Telefoonnummer: ……………………………………………………………………………………

Legitimatiebewijs patiënt en wettelijk vertegenwoordiger (soort en nummer):

……………………………………………………………………………………………………………

Naam Wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt: ………………………………………………………………………………………

Wettelijke vertegenwoordiging blijkt uit: kopie huwelijkse akte, samenlevingscontract, geboorteakte enz enz.

Reden aanvraag inzage/kopie:…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….………………………

…………………………………………………………………………………………….………………………

Gegevens patiënt

Naam patiënt:………………………………………………………………………………………………

Geboortedatum patiënt:.…………………………………………………………………………………

Adres patiënt:………….…………………………………………………………………………………

Postcode en woonplaats:.……………………………….………………………………………………

Patiëntnummer: ..…………………………………………………………………………………………

Specificatie gegevens

Deze aanvraag betreft een verzoek tot[[1]](#footnote-1):

O verwijdering/anonimisatie alle medische gegevens

O verwijdering/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 verwijderen. S.v.p. aangeven welk specialisme, welke periode of datum en welke gegevens (bijvoorbeeld enkel verslaglegging aan huisarts) u wilt laten verwijderen.

Toelichting: ………………………………………………………………………………………………………………………  
  
………………………………………………………………………………………………………………..……  
  
………………………………………………………………………………………………………………………  
  
……………………………………………………………………………………………………………………..

Toelichting

Het Groene Hart Ziekenhuis acht het niet verstandig om medische gegevens te vernietigen en gaat er van uit 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 verwijdering 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 de ouder. De aanvaardbaarheid van aanvragen door adoptie- of pleegouders wordt door onze juridisch medewerker getoetst.

**Ondertekening**

Ondergetekende,

Wenst verwijdering van de hierboven vermelde medische gegevens uit de (elektronische) dossiers van het Groene Hart Ziekenhuis.

Heeft kennis genomen van bovenstaande toelichting over verwijdering van patiëntgegevens van derden.

Accepteert het gezondheidsrisico dat hiervan mogelijk het gevolg is voor degene die ondergetekende wettelijk vertegenwoordigt.

Heeft een kopie van een geldig identiteitsbewijs van zichzelf en personen die ondergetekende wettelijk vertegenwoordigt bijgesloten.

Datum: ………………………………………………………………………………………………………

Handtekening patiënt (patiënt is niet wilsbekwaam dus vertegenwoordiger moet ondertekenen):  
  
……..………………………………………………………………………………………………………

***Handtekening wettelijk vertegenwoordiger:***

……..………………………………………………………………………………………………………

Uw ingevulde aanvraagformulier kunt u samen met een kopie van uw legitimatiebewijs sturen naar: Groene Hart Ziekenhuis, Centraal Medisch Archief, B2.31,  Postbus 1098, 2800 BB  GOUDA.

M&C 2016

1. Aanvinken wat van toepassing is. [↑](#footnote-ref-1)