

Aanvraag vernietigen (deel) medisch dossier

Met dit formulier kunt u vernietiging van uw dossier aanvragen of een deel daarvan. Daarom verzoeken wij u dit formulier zo nauwkeurig mogelijk in te vullen en het formulier te retourneren aan:

Rode Kruis Ziekenhuis, afdeling Dossierbeheer
Postbus 1074
1940 EB Beverwijk

Voor meer informatie zie de Procedure VERNIETIGEN (DEEL) MEDISCH DOSSIER.

Ondergetekende,

RKZ patiëntnummer	
Voorletters en achternaam	
Meisjesnaam (indien van toepassing)	
Geslacht	
Geboortedatum (dag/maand/jaar)	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
E-mailadres	
Datum	
Plaats	

Wil vernietiging van zijn (deel) medisch dossier.

Handtekening patiënt	
Identiteitsbewijs	<input type="checkbox"/> paspoort <input type="checkbox"/> ID <input type="checkbox"/> rijbewijs
Numer nummer identiteitsbewijs	

LEGITIMATIE GEZIEN DOOR FUNCTIONARIS DOSSIERBEHEER RODE KRUIS ZIEKENHUIS

Datum	
Naam en functie	
Handtekening	

Hieronder kunt u aangeven welke gegevens u met betrekking tot welk specialisme en behandelperiode u wilt laten vernietigen.

Soort gegevens	Specialisme/specialist	Behandelperiode
Opnamegegevens		
Poliklinische gegevens		
Verslaglegging gegevens		
Laboratoriumgegevens		
Functieonderzoek		
Beeldmateriaal als rontgen, ct-scan, MRI-onderzoek		

Heeft kennis genomen van de procedure?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
--	-----------------------------	------------------------------

Ruimte voor vragen en/of opmerkingen

IN TE VULLEN DOOR BEHANDELEND SPECIALIST

Naam behandelend specialist	
Akkoord met aanvraag (deel) vernietigingsverzoek	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

Motivatie bij geen akkoord

Datum	
Handtekening behandelend specialist	

AANVRAAG GEZIEN DOOR

Functionaris dossierbeheer	
Datum	