

AANVRAAG Vernietiging/Wijziging Patiëntendossier

Naam patiënt	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> v
Geboortedatum patiënt	BSN:.....	
Adres:		
Postcode/woonplaats:		
Telnr:	E-mail adres:

Verzoekt om:

- vernietiging opnamedossier
- vernietiging verpleegkundig dossier*
- vernietiging poliklinisch dossier

De aanvraag betreft het (de) volgende specialisme(n):.....
.....
.....

Reden van aanvraag:

Belangrijk!

- Bij een verzoek om **vernietiging van een of meerdere dossiers** betekent dit dat geen enkele arts of ziekenhuismedewerker van Zuyderland MC in staat is deze gegevens weer te voorschijn te halen. Uw medische geschiedenis is dan **definitief** verdwenen. Dit kan een behandeling bemoeilijken.
- *De gegevens uit uw **verpleegkundig dossier** kunnen slechts worden geanonimiseerd. Dat betekent evenwel dat op dat moment **al** uw gegevens (dus ook de poliklinische en die in het opnamedossier), evenals uw patiëntnummer, niet meer oproepbaar zijn. Voor verdere medische behandeling wordt er een nieuw patiëntnummer, dus een nieuw dossier aangemaakt.
- Bij verzoek tot vernietiging van een dossier dient u een **geldig legitimatiebewijs** (identiteitskaart, paspoort of rijbewijs) te overleggen.

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij Patiëntenservice of opsturen naar: Zuyderland Medisch Centrum t.a.v. Patiëntenservice
postbus 5500, 6130 MB Sittard

Met de ondertekening van dit formulier geeft u aan op de hoogte te zijn van de gevolgen van uw verzoek.

Aanvraagdatum: Naam aanvrager*: Handtekening:

*indien de aanvrager niet de patiënt is, dan dient een machtigingsformulier te worden ingevuld (muv kinderen <12 jaar)