

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/ wijziging opnamedossier
- vernietiging/ wijziging verpleegkundig dossier*
- vernietiging/ wijziging 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 opsturen of mailen:

Zuyderland MC

Afdeling Klantcontactcentrum
Postbus 5500
6130 MB Sittard-Geleen
patientenservice@zuyderland.nl

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

Aanvraagdatum: Naam aanvrager*: Handtekening: