Verzoek om vernietiging van (deel van het) medisch dossier

Gegevens patiënt

Naam en voorletter _____m / v

Meisjesnaam _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode/woonplaats _____

Telefoonnummer _____

Burgerservicenummer (BSN) _____(verplicht veld)

Wat is de periode van behandeling? Van _____ tot _____

Bij welke behandelaar bent u onder behandeling (geweest) ?

_____

Welke gegevens wilt u vernietigd hebben?

☐ Gehele medisch dossier

☐ Deel van het medisch dossier, te weten _____

_____

Wat is de reden voor het verzoek vernietiging van (deel van het) dossier?

_____

_____

_____

Ondertekening

Plaats _____ Datum _____

Handtekening aanvrager_____