

Verzoek om vernietiging van (deel van het) medisch dossier

**Gegevens patiënt**

Patiëntnummer \_\_\_\_\_ (verplicht veld)  
Naam en voorletter \_\_\_\_\_ m / v  
Meisjesnaam \_\_\_\_\_  
Geboortedatum \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_  
Postcode/woonplaats \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer \_\_\_\_\_  
Burgerservicenummer (BSN) \_\_\_\_\_ (verplicht veld)

**Wat is de periode van behandeling? Van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_**

**Bij welk specialisme / specialist / 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 \_\_\_\_\_

Handtekening minderjarige patiënt van 12 – 16 jaar \_\_\_\_\_

**Ter informatie**

Na ontvangst van dit formulier wordt uw verzoek voorgelegd aan de betreffende specialist/ behandelaar die het verzoek beoordeelt. Indien er geen bezwaren zijn, ontvangt u een akkoordverklaring met het verzoek deze te ondertekenen en terug te sturen. Maximaal 3 maanden na ontvangst van deze akkoordverklaring zal worden overgegaan tot vernietiging van de gevraagde gegevens. Uw verzoek tot vernietiging wordt bewaard. U wordt geïnformeerd als uw gegevens vernietigd zijn.

### **Toelichting**

In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) zijn uw rechten met betrekking tot het medisch dossier geregeld. Wij willen u graag behulpzaam zijn bij het uitoefenen van dit recht. U dient er rekening mee te houden dat wij de medische gegevens ingevolge de wet in principe 15 jaar bewaren. Tot 2005 was de wettelijke bewaartermijn 10 jaar.

U helpt ons met het opzoeken van de dossiergegevens en het beschermen van de privacy als u de voorzijde van dit formulier zo volledig mogelijk invult. De door u ingevulde gegevens worden door ons strikt vertrouwelijk behandeld. Nadat wij het formulier van u hebben ontvangen, wordt uw vraag in behandeling genomen.

### **Gegevens patiënt**

Hier vermeldt u de gegevens van de persoon over wie het medisch dossier gaat. Op enkele uitzonderingen na moet de patiënt altijd zelf de aanvraag ondertekenen.

### **Kinderen/jongeren**

- De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) beschouwt een patiënt vanaf 16 jaar meerderjarig. Jongeren vanaf 16 jaar die (een deel van) hun medisch dossier willen vernietigen, moeten zelf de aanvraag indienen en ondertekenen.
- Bij een verzoek tot vernietiging van (een deel van) het medisch dossier van kinderen tussen de 12 en 16 jaar dienen zowel het kind als de ouder/voogd het formulier te ondertekenen. Voor kinderen jonger van 12 jaar moet een van der ouders/voogd het verzoek indienen.

### **Opsturen aanvraagformulier**

U kunt het ingevulde verzoek om vernietiging opsturen (aangetekend) naar:

- St. Antonius Ziekenhuis, t.a.v. afdeling Servicepunt  
Postbus 2500, 3430 EM Nieuwegein

### **Meer informatie?**

- Bel T 088 320 81 00 (werkdagen van 08.30 -17.00 uur).
- Lees de folder "uw patiëntendossier" of
- Kijk op [www.antoniusziekenhuis.nl/uw-patientendossier](http://www.antoniusziekenhuis.nl/uw-patientendossier)