

Aanvraagformulier

Verzoek om vernietiging van (een deel van) het medisch dossier

Hierbij verzoek ik om:

- Vernietiging van het hele medische dossier (alle specialismen)
- Vernietiging van **een deel** van het medische dossier

Reden voor het verzoek vernietiging van (een deel van) het medisch dossier:

.....

Welk deel van het medische dossier wilt u laten vernietigen?

.....

Wat is de periode van behandeling?tot.....

Bij welk specialisme / specialist / behandelaar bent u onder behandeling (geweest)?

.....

Gegevens van patiënt (aanvrager):

Datum aanvraag	:	
Naam	:	
Adres	:	
Postcode en woonplaats	:	
Telefoonnummer	:	
Geboortedatum	:	Man / Vrouw
E-mail (in blokletters)	:	
Handtekening	:	

(Het is verplicht om een kopie van uw legitimatiebewijs te tonen bij deze aanvraag!)

Uw gegevens als u namens een patiënt (uitsluitend bij kinderen jonger dan 16 jaar) een aanvraag doet:

Naam aanvrager	:
Relatie tot patiënt	:
Adres	:
Postcode en Woonplaats	:
Telefoonnummer	:
Handtekening ouder 1	:
Handtekening ouder 2	:
Handtekening patiënt (tussen 12-16 jaar)	:

(Het is verplicht om een kopie van uw legitimatiebewijs te tonen bij deze aanvraag!)

Toelichting

De bewaartermijn van uw medisch dossier is 15 jaar. Daarna zal het Flevoziekenhuis de gegevens uit uw dossier laten vernietigen. U kunt vragen uw gegevens te vernietigen voor het verstrijken van de bewaartermijn. Dit vindt plaats binnen drie maanden na uw verzoek; er wordt dan niets bewaard. In bepaalde gevallen, bijvoorbeeld bij erfelijke en besmettelijke ziekten kan hierop een uitzondering worden gemaakt; de gegevens worden dan anoniem bewaard, en u wordt daarover geïnformeerd.

Vernietiging van het medisch dossier betekent voor u dat bijzonderheden over uw behandeling niet meer kunnen worden nagegaan.

De WGBO bepaalt dat een verzoek om vernietiging van het dossier wordt ingewilligd, tenzij:

- redelijkerwijs aannemelijk is dat bewaren van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de patiënt
- er duidelijke aanwijzingen zijn dat de patiënt een procedure/klacht voorbereidt of dat deze al in gang is gezet,
- bepaalde erfelijke gegevens voor (eventuele) kinderen van belang kunnen zijn,
- aanvraag binnen de termijn van 5 jaar valt na beëindiging van een gedwongen opname (Psychiatrie).

Na ontvangst van dit formulier wordt uw verzoek voorgelegd aan de betreffende specialist/behandelaar die het verzoek beoordeelt. U krijgt een schriftelijke bevestiging van de vernietiging. Indien uw verzoek wordt afgewezen, krijgt u hierover een brief met toelichting.

Verzoek door ouders

Wilt u een (deel van) het medisch dossier van uw kind vernietigen?

- Is uw kind jonger dan 12 jaar? Dan moeten beide ouders de aanvraag ondertekenen en moeten beiden een kopie van een geldig legitimatiebewijs tonen.
- Is uw kind tussen de 12 en 16 jaar? Dan moeten zowel uw kind als beide ouders de aanvraag ondertekenen en moeten allen een kopie van een geldig legitimatiebewijs tonen.
- Is uw kind 16 jaar of ouder? Uw kind moet het verzoek zelf aanvragen en een kopie van een geldig legitimatiebewijs tonen.

Inzenden formulier

U kunt dit ingevulde en ondertekende aanvraagformulier voor vernietiging van (een deel van) het medische dossier aangetekend opsturen naar:

Flevoziekenhuis
T.a.v. afdeling mijnInfopunt
Hospitaalweg 1
1315 RA Almere