

## Aanvraagformulier verzoek tot verwijdering medisch dossier derden

Verzoek is door de wettelijk vertegenwoordiger ingediend.

### Gegevens aanvrager

---

Naam: .....

Adres: .....

Postcode en woonplaats:.....

Telefoonnummer: .....

Legitimatiebewijs patiënt en wettelijk vertegenwoordiger (soort en nummer):

.....

Naam wettelijk vertegenwoordiger van patiënt:.....

*Wettelijke vertegenwoordiging blijkt uit: kopie huwelijkse akte, samenlevingscontract, geboorteakte enz. enz.*

Reden aanvraag inzage/kopie:.....

.....

.....

### Gegevens patiënt

---

Naam patiënt:.....

Geboortedatum patiënt:.....

Adres patiënt:.....

Postcode en woonplaats:.....

Patiëntnummer:.....

### Specificatie gegevens

---

Deze aanvraag betreft een verzoek tot<sup>1</sup>:

- verwijdering alle medische gegevens
- verwijdering deel van de medische gegevens

Indien uw verzoek betrekking heeft op een deel van de medische gegevens, kunt u hieronder aangeven welke gegevens u wil laten verwijderen (bijvoorbeeld welke periode).

Toelichting:

.....

.....

.....

.....

---

<sup>1</sup> Aanvinken wat van toepassing is.

## **Toelichting**

---

Het Groene Hart Diagnostisch Centrum acht het niet verstandig om medische gegevens te vernietigen en gaat er van uit dat u geen gerechtelijke procedure of andersoortige procedures tegen ons aanhangig zal maken en wij behouden onze rechten voor om ons op dit laatste te beroepen.

Een verzoek tot verwijdering van (een deel van) de medische gegevens uit dossiers van derden, wordt alleen in behandeling genomen indien de aanvrager een wettelijke vertegenwoordiger is van de (voormalig) patiënt wiens gegevens het betreft. Bij een aanvraag van kinderen onder de 12 jaar zijn de ouders wettelijk vertegenwoordiger. Bij een aanvraag van kinderen tussen 12 en 16 jaar moet er een toestemming zijn van kind (handtekening en legitimatiebewijs) en, indien niet strijdig met de medisch professionele standaard, tevens van de ouder.

## **Ondertekening**

---

Ondergetekende,

Wenst verwijdering van de hierboven vermelde medische gegevens uit de (elektronische) dossiers van het Groene Hart Diagnostisch Centrum.

Heeft kennis genomen van bovenstaande toelichting over verwijdering van patiëntgegevens van derden.

Accepteert het gezondheidsrisico dat hiervan mogelijk het gevolg is voor degene die ondergetekende wettelijk vertegenwoordigt.

Heeft een kopie van een geldig identiteitsbewijs van zichzelf en personen die ondergetekende wettelijk vertegenwoordigt bijgesloten.

Datum: .....

Handtekening patiënt (patiënt is niet wilsbekwaam dus vertegenwoordiger moet ondertekenen):

.....

**Handtekening wettelijk vertegenwoordiger:**

.....

Uw ingevulde aanvraagformulier kunt u samen met een **kopie van uw legitimatiebewijs** sturen naar: Groene Hart Diagnostisch Centrum, Bleulandweg 3, 2803 HG Gouda.