

**Gegevens patiënt:**

Naam: \_\_\_\_\_ Meisjesnaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ BSN nummer: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefonisch bereikbaar op: \_\_\_\_\_

E-mail adres: \_\_\_\_\_

**Gegevens aanvrager:**

U hoeft onderstaande gegevens alleen in te vullen als u zelf niet de patiënt bent, maar het verzoek gaat over uw zoon of dochter (leeftijd: tot 16 jaar).

Voornaam: \_\_\_\_\_ Achternaam (meisjesnaam): \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ BSN nummer: \_\_\_\_\_

Straatnaam en huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

(Mobiele) telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Relatie tot de patiënt: \_\_\_\_\_

**Verzoekt om:**

Wijziging/aanvulling/correctie patiëntendossier:

Vernietiging patiëntendossier

**Het verzoek heeft betrekking op onderstaand(e) specialisme(n):**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alle specialismen | <input type="checkbox"/> Interne geneeskunde        | <input type="checkbox"/> Oogheelkunde        |
| <input type="checkbox"/> Anesthesiologie   | <input type="checkbox"/> Keel, Neus en Oorheelkunde | <input type="checkbox"/> Orthopedie          |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie       | <input type="checkbox"/> Kaakchirurgie              | <input type="checkbox"/> Reumatologie        |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie         | <input type="checkbox"/> Kindergeneeskunde          | <input type="checkbox"/> Revalidatiegeneesk. |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie      | <input type="checkbox"/> Longgeneeskunde            | <input type="checkbox"/> Sportgeneeskunde    |
| <input type="checkbox"/> Geriatrie         | <input type="checkbox"/> Medische oncologie         | <input type="checkbox"/> Urologie            |
| <input type="checkbox"/> Gynaecologie      | <input type="checkbox"/> Medische psychologie       | <input type="checkbox"/> Verloskunde         |
| <input type="checkbox"/> Intensive Care    | <input type="checkbox"/> Neurologie                 |  |

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

**Reden van het verzoek:**

---

---

---

---

**Belangrijk:**

Bij een verzoek om vernietiging van een of meerdere delen van het dossier betekent dit dat geen enkele arts of ziekenhuismedewerker van SJG Weert in staat is deze gegevens weer tevoorschijn te halen. Uw medische geschiedenis is dan definitief verdwenen. Dit kan een toekomstige behandeling bemoeilijken.

Bij verzoek tot vernietiging/wijziging van een dossier dient u een geldig legitimatiebewijs (identiteitskaart, paspoort, rijbewijs of vreemdelingendocument) te overleggen.

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

**Datum verzoek:** \_\_\_\_\_

**Naam aanvrager:** \_\_\_\_\_

**Handtekening aanvrager:**

Indien het verzoek betrekking heeft op zoon/dochter (12-16 jaar), dienen zowel ouder als kind het formulier beide te ondertekenen.

**Naam zoon/dochter:** \_\_\_\_\_

**Handtekening zoon/dochter:**

Stuur het ingevulde aanvraagformulier met een kopie van uw legitimatiebewijs (en indien van toepassing ook van uw zoon/dochter) naar:

**SJG Weert**  
**Afdeling Codering & Digitalisering (Dossieradministratie)**  
**Vogelsbleek 5**  
**6001 BE Weert**