

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"/> Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Anesthesiologie | <input type="checkbox"/> Keel, neus en oorheelkunde | <input type="checkbox"/> Oogheelkunde |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie | <input type="checkbox"/> Kaakchirurgie | <input type="checkbox"/> Orthopedie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Kindergeneeskunde | <input type="checkbox"/> Reumatologie |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Longgeneeskunde | <input type="checkbox"/> Revalidatiegeneesk. |
| <input type="checkbox"/> Geriatrie | <input type="checkbox"/> Medische oncologie | <input type="checkbox"/> Sportgeneeskunde |
| <input type="checkbox"/> Gynaecologie | <input type="checkbox"/> Medische psychologie | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> Intensive care | <input type="checkbox"/> MDL – maag, darm, leverziekten | <input type="checkbox"/> Verloskunde |

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 en digitalisering (dossieradministratie)
Vogelsbleek 5
6001 BE Weert