

## Verzoek om vernietiging dossier

Hierbij verzoek ik om:

Vernietiging van hele medische dossier (alle specialismen)

Periode behandeling:

van: \_\_\_\_\_ tot: \_\_\_\_\_

Gegevens patiënt Naam en voorletters:

\_\_\_\_\_

Meisjesnaam (indien gehuwd)

\_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

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

Postcode en woonplaats:

\_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

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

Plaats en datum \_\_\_\_\_

Indien de aanvrager een ander persoon is dan de patiënt (uitsluitend bij kinderen jonger dan 16 jaar of als de patiënt niet meer in leven is):

Naam aanvrager (indien van toepassing):

\_\_\_\_\_

Relatie tot patiënt (indien van toepassing):

\_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

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

Handtekening patiënt of aanvrager: \_\_\_\_\_

Handtekening ouder 1 (bij kinderen jonger dan 16 jaar): \_\_\_\_\_

Handtekening ouder 2 (bij kinderen jonger dan 16 jaar): \_\_\_\_\_

Handtekening patiënt tussen 12-16 jaar: \_\_\_\_\_

## TOELICHTING

Vernietiging van het medisch dossier betekent voor u dat bijzonderheden over uw behandeling niet meer kunnen worden nagegaan. Soms zijn medische gegevens vastgelegd op een gegevensdrager waarvan het technisch onmogelijk is om deze te verwijderen. In dat geval maken wij de gegevens, voor zover als mogelijk, anoniem. De medische gegevens zijn dan niet meer te herleiden naar u als patiënt.

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 instemming van de behandelend arts wordt het verzoek binnen drie maanden uitgevoerd. U krijgt een bevestiging van de vernietiging en/of het anonimiseren. 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 bijvoegen.
- 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 bijvoegen.
- Is uw kind 16 jaar of ouder? Uw kind moet het verzoek zelf aanvragen en een geldig legitimatiebewijs kunnen laten zien.

### Inzenden formulier

U stuurt het ingevulde en ondertekende formulier per email of post met een kopie van een geldig legitimatiebewijs op naar:

Natuurpraktijk Jacqueline Spoelstra  
Klingbenden 189  
6441 KX Brunssum  
Email: [info@natuurpraktijkjacquelinespoelstra.nl](mailto:info@natuurpraktijkjacquelinespoelstra.nl)

## **In te vullen door de patiënt (en/of diens wettelijk vertegenwoordiger)**

De aard en omvang van de te vernietigen patiëntgegevens en mogelijke gevolgen daarvan zijn met mij besproken.

Handtekening patiënt of aanvrager: \_\_\_\_\_

Handtekening ouder 1 (bij kinderen jonger dan 16 jaar): \_\_\_\_\_

Handtekening ouder 2 (bij kinderen jonger dan 16 jaar): \_\_\_\_\_

Handtekening patiënt tussen 12-16 jaar: \_\_\_\_\_

## **In te vullen door de behandelend arts / therapeut (of diens plaatsvervanger)**

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

Functie: \_\_\_\_\_

Heeft met op vermelde persoon de aard en omvang van de te vernietigen patiëntgegevens besproken en hem / haar gewezen op de mogelijke gevolgen daarvan.

Ondergetekende adviseert positief / negatief te beslissen op dit verzoek.

Reden negatief advies:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_