

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

### **Gegevens patiënt voormalig Havenziekenhuis**

Naam en voorletter \* \_\_\_\_\_  
Meisjesnaam (indien van toepassing) \* \_\_\_\_\_  
Geboortedatum \* \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer \_\_\_\_\_  
Burgerservicenummer (BSN) \* \_\_\_\_\_

### **Wat is de periode van behandeling? \***

Van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

### **Bij welk specialisme(n) bent u onder behandeling geweest? \***

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

### **Welke gegevens wilt u vernietigd hebben? \***

- Gehele medische dossier
- Deel van het medisch dossier, namelijk van specialismes

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

### **Wat is de reden voor het verzoek vernietiging van (deel van) het dossier?**

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

### **Ondertekening**

Datum \* \_\_\_\_\_  
Plaats \_\_\_\_\_  
Handtekening aanvrager \* \_\_\_\_\_  
Handtekening minderjarige patiënt (12 – 16 jr) \_\_\_\_\_

*\* verplicht veld*  
Ter informatie

In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) zijn uw rechten met betrekking tot het medisch dossier geregeld. In navolging van deze wet bewaart het voormalige Havenziekenhuis de medische gegevens voor 15 jaar.

U helpt ons met het opzoeken van de dossiergegevens en het beschermen van de privacy als u de voorzijde van dit formulier zo volledig mogelijk invult. De door u ingevulde gegevens worden door ons strikt vertrouwelijk behandeld. Nadat wij het formulier van u hebben ontvangen, wordt uw vraag in behandeling genomen.

Na ontvangst van de aanvraag wordt uw verzoek voorgelegd aan het specialisme waar u onder behandeling bent geweest. Indien er geen bezwaren zijn, ontvangt u een akkoordverklaring met het verzoek deze te ondertekenen en terug te sturen. Maximaal 3 maanden na ontvangst van deze akkoordverklaring zal worden overgegaan tot vernietiging van de gevraagde gegevens. Uw verzoek tot vernietiging wordt bewaard.

Kinderen

Bij een verzoek tot vernietiging van (een deel van) het medisch dossier van kinderen tussen de 12 en 16 jaar dienen zowel het kind als de ouder/voogd het formulier te tekenen. Voor kinderen jonger dan 12 jaar moet een ouder/voogd het verzoek indienen.

Opsturen aanvraagformulier

U kunt het ingevulde verzoek om vernietiging (aangetekend) opsturen naar:  
Haven Service B.V.  
t.b.v. archiefverantwoordelijke  
Haringvliet 2  
3011 TD Rotterdam

Voor vragen kunt u ook terecht bij [informatie@havenpolikliniek.nl](mailto:informatie@havenpolikliniek.nl)