

O11.5.1 Bijlage aanvraagformulier verzoek tot verwijdering (deel) medisch dossier



Naam document	O11.5.1 Bijlage Aanvraagformulier verzoek tot verwijdering (deel) medisch dossier.docx	Status	definitief
Auteur	Leonieke Jongman	Vastgesteld directie	07-09-2018
Eigenaar	Hermine van Schaik / Lucas IJsbrandy	Datum volgende evaluatie	07-09-2019
Werkingsgebied	OCA Zorg Organisatie	Versie nummer	3.0

Gegevens cliënt

Hier vermeldt u de gegevens van de persoon over wie het medisch dossier gaat. Op enkele uitzonderingen na moet de patiënt altijd zelf de aanvraag ondertekenen.

Naam en voorletter(s): Man / Vrouw
.
Meisjesnaam (indien gehuwd): Geboortedatum: . . - . .
.
Adres:
....
Postcode en woonplaats:
....
Burger Service Nummer Patiëntnummer:
.
Telefoonnummer Mobiel:
.
E-mailadres
....

Wat is de periode van behandeling? Van tot

Specificatie gegevens

:

O verwijdering van het hele medische dossier

O verwijdering van een deel van de medische gegevens

Indien uw verzoek betrekking heeft op een deel van de medische gegevens, dan kunt u hieronder aangeven welke gegevens u wil laten verwijderen. S.v.p. aangeven welk specialisme, welke periode of datum en welke gegevens (bijvoorbeeld enkel verslaglegging aan huisarts) u wilt laten verwijderen.

Toelichting:
.....
.....

Wat is de reden voor de aanvraag van verwijdering van (deel van het) medisch dossier?
.....
.....

Goedgekeurd door:
3)

H. van Schaik
Versiedatum: 07-09-2018

Pagina 1 (van

O11.5.1 Bijlage aanvraagformulier verzoek tot verwijdering (deel) medisch dossier



Ondertekening

Plaats: Datum:

Handtekening aanvrager:.....

O11.5.1 Bijlage aanvraagformulier verzoek tot verwijdering (deel) medisch



Toelichting

In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) zijn uw rechten met betrekking tot het medisch dossier geregeld. Wij willen u graag behulpzaam zijn bij het uitoefenen van dit recht. U dient er rekening mee te houden dat wij de medische gegevens ingevolge de WGBO in principe 15 jaar bewaren.

Na ontvangst van dit volledig ingevulde formulier wordt uw verzoek voorgelegd aan de betreffende specialist/ behandelaar die het verzoek beoordeelt. 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. U wordt geïnformeerd wanneer uw gegevens vernietigd zijn.

OCA gaat er van uit dat u geen gerechtelijke procedure of andersoortige procedures tegen ons aanhangig zult maken en wij behouden ons het recht 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 dan in behandeling genomen indien de aanvrager de wettelijke vertegenwoordiger is van de (voormalig) patiënt wiens gegevens het betreft.

Opsturen aanvraagformulier

U kunt het ingevulde verzoek om vernietiging met een kopie van uw legitimatiebewijs sturen naar:

OCA Zorg B.V.

t.a.v. afdeling Cliënten service

Postbus 12831

1100 AV Amsterdam

Of per email versturen naar: info@oca.nl

Meer informatie

Cliëntenservice, telefoon 020-3121680, geopend op werkdagen van 08.00 – 17.30 uur