



GGZ WNB

Geestelijke GezondheidsZorg Westelijk NoordBrabant

Verzoek tot vernietiging van medisch dossier(onderdelen)

Ondergetekende verklaart dat het zijn/haar uitdrukkelijke wens is dat tot vernietiging van op hem/haar betrekking hebbende medische gegevens wordt overgegaan.

Ondergetekende verklaart bekend te zijn met het feit dat als zijn/har dossier wordt vernietigd een tuchtzaak tegen medewerkers van GGZ WNB onmogelijk is geworden. Tevens verklaart ondergetekende zich bewust van het feit dat er bij een eventuele heraanmelding geen dossier meer is en dat andere instanties geen informatie meer kunnen opvragen bij doorverwijzing.

Indien er een gerechtelijke procedure of een klachtenprocedure tegen GGZ WNB of één van onze medewerkers is aangespannen c.q. te verwachten is, kan er niet tot vernietiging worden overgegaan.

Door ondertekening van dit verzoek verklaart u zich akkoord met bovenstaande.

Ondergetekende verzoekt GGZ Westelijk Noord-Brabant:

- Over te gaan tot vernietiging van het op hem/haar betrekking hebbende papieren medische dossier.
- Het anonimiseren van zijn/haar gegevens die in het EPD niet vernietigd kunnen worden.
- Indien ondergetekende niet gehele dossier, maar bepaalde gegevens/dossierstukken wenst te laten vernietigen, hieronder graag aangeven welke dit betreft:

.....

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Woonplaats:

Datum:

Handtekening:

Toelichting:

Bij dit verzoek dient een kopie van een geldig legitimatiebewijs te worden bijgevoegd. (rijbewijs, paspoort of identiteitskaart)

Dit verzoek kunt u sturen naar:

GGZ Westelijk Noord-Brabant

Zorgadministratie

Hoofdlaan 8

4661 AA Halsteren