

Aanvraagformulier voor vernietiging van medische gegevens

Betreft patiënt:

Voorletters en naam : man vrouw
Meisjesnaam :
Patiëntnummer :
Geboortedatum :
Adres :
Postcode en Woonplaats:
Telefoon (privé) :
Telefoon (werk) :
Documentnummer legitimatiebewijs (**veilige kopie meesturen**):.....

Aanvrager (indien anders dan patiënt):

Voorletters en naam : man vrouw
Meisjesnaam :
Adres :
Postcode en Woonplaats:
Telefoon (privé) :
Telefoon (werk) :

Indien u de gegevens opvraagt van een ander, dient u een machtiging (voorbeeld in bijlage) mee te sturen.

Verzoekt om vernietiging van medische gegevens

→ Het betreft het poliklinisch dossier klinisch dossier (ziekenhuisopname) beide

→ Het betreft de medische gegevens omtrent de behandeling van de specialismen/de specialisten:

.....
.....
.....
.....

→ In welke periode(n) vond(en) de behandeling(en) plaats?

.....
.....
.....

→ Indien het verzoek bepaalde gegevens betreft, om welke gegevens gaat het dan?

.....
.....
.....
.....

→ Reden van aanvraag vernietiging?

.....
.....
.....
.....

Datum:.....

Handtekening:

Plaats:

Na ontvangst van dit formulier wordt uw verzoek voorgelegd aan de betreffende specialismen / behandelend arts(en) die het verzoek beoordeelt. Indien er geen bezwaren zijn, ontvangt u een akkoordverklaring met het verzoek deze te ondertekenen en terug te sturen. Maximaal twee maanden na ontvangst van deze akkoordverklaring zal worden overgaan tot vernietiging van uw medische gegevens. Uw verzoek tot vernietiging wordt bewaard. U ontvangt een bevestiging dat uw gegevens zijn vernietigd.

Bijlage: Machtigingsformulier

Voor machtiging aan derde(n) voor vernietiging van medische gegevens

Gemachtigde

Voorletters en naam : man vrouw

Geboortedatum :

Documentnummer legitimatiebewijs (**kopie meesturen**) :

Patiënt:

Voorletters en naam : man vrouw

Meisjesnaam :

Geboortedatum :

Patiëntnummer (indien bekend) :

Documentnummer legitimatiebewijs (**kopie meesturen**) :

Datum :

Plaats :

Geachte heer / mevrouw,

Ik, (naam patiënt), machtig hierbij

met onmiddellijke ingang

..... (naam gemachtigde(n)) tot:

vernietiging van medische gegevens, conform de inhoud van het aanvraagformulier

Hoogachtend,

.....
(handtekening patiënt)

.....
(handtekening van de gemachtigde)

Toelichting

op het aanvraagformulier voor vernietiging van medische gegevens

U hebt verzocht om vernietiging van uw medische gegevens. Spijkenisse Medisch Centrum is verplicht om een medisch dossier aan te leggen en deze gegevens 20 jaar na de laatste behandeling te bewaren, ingevolge de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

Wanneer uw medische gegevens zijn vernietigd, zijn deze niet meer toegankelijk voor medewerkers in het ziekenhuis, hetgeen directe consequenties kan hebben voor uw toekomstige behandeling binnen Spijkenisse Medisch Centrum als binnen andere zorginstellingen. Indien u in een ander ziekenhuis een behandeling ondergaat en dit ziekenhuis wil uw medische gegevens opvragen binnen Spijkenisse Medisch Centrum, zullen wij aangeven dat op uw verzoek het medisch dossier is vernietigd.

Spijkenisse Medisch Centrum is verplicht om de gegevens die noodzakelijk zijn voor de financiële afhandeling betreffende de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) van uw zorgverlening te bewaren. Deze gegevens worden pas vernietigd wanneer zij niet meer nodig zijn voor dit doeleinde.

Na ontvangst van uw aanvraagformulier wordt uw verzoek voorgelegd aan de specialisten / behandelend arts(en). De behandelend arts(en) beoordeelt of overgegaan mag worden tot vernietiging van uw medische gegevens.

De behandelend arts(en) mag uw verzoek weigeren indien:

- Een (wettelijke) voorschrift of een wet bepaalt dat de gegevens bewaard moeten blijven;
- De gegevens van aanmerkelijk belang zijn voor een ander, bijvoorbeeld bij erfelijkheidsgegevens;
- Ingeval de patiënt een (gerechtelijke) procedure of een klachtentraject heeft aangespannen tegen de behandelend arts(en) of Spijkenisse Medisch Centrum.

Indien u na het vernietigen van de gegevens wordt opgenomen in Spijkenisse Medisch Centrum worden er opnieuw medische gegevens vastgelegd. Uw verzoek strekt niet tot toekomstige gegevens. Indien u na uw behandeling wenst dat deze medische gegevens tevens worden vernietigd dient u opnieuw een verzoek in te dienen.

Legitimatiebewijs

Wanneer u bij ons een verzoek tot vernietiging doet, vragen wij om een veilige kopie van uw legitimatiebewijs mee te sturen en, indien van toepassing, een veilige kopie van het legitimatiebewijs van degene van wie u de medische gegevens wilt laten vernietigen. Een veilige kopie betekent dat u de pasfoto en BSN op het legitimatiebewijs kan bedekken of doorkrassen. Op die manier blijft uw privacy zo veel als mogelijk beschermd. De kopie wordt maximaal één jaar na versturen bewaard en wordt daarna vernietigd.

Dit ingevulde formulier met een veilige kopie van uw legitimatiebewijs kunt u sturen naar:

Spijkenisse Medisch Centrum B.V.
t.a.v. Zorgadministratie
Postbus 777
3200 GA Spijkenisse

Voor vragen en/of opmerkingen over de procedure en het aanvraagformulier, kunt u een mail sturen naar dossieraanvraag@spijkenissemc.nl of kunt u contact opnemen met het algemene nummer van het Spijkenisse Medisch Centrum (0181) 65 88 88

Zodra wij uw aanvraag hebben ontvangen zullen wij u zo snel mogelijk berichten over de verdere procedure. Houdt u er rekening mee dat de behandeling van dit verzoek ca. 4 weken kan duren.