

Wijziging/vernietiging medisch dossier

Aanvraagformulier

Aanvrager

- Patiënt zelf
- Mentor of curator (bewijs meesturen)
- Gezaghebbende minderjarige patiënt
- Persoonlijk door de patiënt gemachtigde * (Machtiging beneden invullen)
- Minderjarige tussen 12-16 jaar * (Machtiging beneden invullen)
- Anders, (bijvoorbeeld nabestaande) namelijk.....

Gegevens patiënt

Patiëntnummer

Naam en voorletters M/V

Geboortedatum

Adres

Postcode/woonplaats

Telefoonnummer

E-mail

Gegevens aanvrager (als dit niet de patiënt zelf is)

Invullen als de aanvrager een andere persoon is dan de patiënt (dit is uitsluitend toegestaan bij kinderen jonger dan 12 jaar of een familielid van een overleden patiënt).

Naam aanvrager M/V

Adres aanvrager

Postcode/woonplaats

Telefoonnummer

Relatie tot de patiënt

Welke gegevens wenst u te vernietigen ?

- Een deel van het medisch dossier
- Een deel van het verpleegkundig dossier
- röntgenfoto / MRI-scan / CT-scan (inclusief verslag)
- Ontslagbrief aan huisarts.....
- Anders, namelijk.....

Van welk specialisme(n) wilt u gegevens laten vernietigen?

.....

Over welke periode?

Van..... tot.....

Toelichting verzoek

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

Uitzonderingen voor vernietiging

Bepaalde gegevens, het zogenaamde kerndossier, moet 115 jaar bewaard worden.

Het kerndossier bestaat uit:

- het eerste hulp verslag
- het operatieverslag
- het anesthesieverslag
- het PA verslag (histologie, cytologie en/ of obductie)
- de ontslagbrief

Ondertekening

Plaats.....Datum

Handtekening aanvrager

Handtekening minderjarige patiënt van 12 – 16 jaar

Machtiging

De patiënt met patiëntnummer.....(indien bekend)

Naam en voorletterM/V*

Geeft toestemming om aan de aanvrager (naam)

Handtekening patiënt

Handtekening gemachtigde

.....

Stuur het aanvraagformulier samen met een kopie van uw legitimatiebewijs op naar:

Maastricht UMC+

Aanvraag medisch dossier, RVE Patiënt & Zorg

Antwoordnummer 126

6200 WC Maastricht

E-mail: medischdossier.patientenzorg@mumc.nl

- Stuur een kopie van een legitimatiebewijs mee (Na verificatie wordt deze vernietigd)
- Bij een aanvraag van medische gegevens van kinderen tussen de 12 en 16 jaar moeten zowel het kind als de ouder/voogd het aanvraagformulier te ondertekenen. Ook van beiden (kind en ouder/voogd) een kopie van een geldig legitimatiebewijs toevoegen. *Odin*

Bezoekadres
P. Debyelaan 25
6229 HX Maastricht

Postadres
Postbus 5800
6202 AZ Maastricht

Algemeen telefoonnummer
043-387 65 43
www.mumc.nl