



Universitair Medisch Centrum  
Utrecht

## Verzoek tot vernietiging van het patiëntendossier

Ondergetekende:

NAAM : \_\_\_\_\_

ADRES : \_\_\_\_\_

POSTCODE : \_\_\_\_\_ WOONPLAATS: \_\_\_\_\_

GEBOORTEDATUM : \_\_\_\_\_

verzoekt tot vernietiging/anonimisering van zijn/haar hieronder vermeldde patiëntgegevens in het UMC –Utrecht.

Behandelspecialisme : \_\_\_\_\_

Periode behandeling : \_\_\_\_\_

Omschrijving gegevens : \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**NB: U dient een kopie van een geldig identiteitsbewijs toe te voegen aan dit verzoek**



Universitair Medisch Centrum  
Utrecht

**\* In te vullen door de behandelend arts (of diens plaatsvervanger).**

**Naam:** \_\_\_\_\_

**Functie:** \_\_\_\_\_

heeft met op voorzijde vermelde persoon de aard en omvang van de te vernietigen patiëntgegevens besproken en hem/haar gewezen op de mogelijke gevolgen daarvan. Ondergetekende adviseert de Raad van Bestuur positief/negatief te beslissen op dit verzoek.

**Reden negatief advies:** \_\_\_\_\_

**Handtekening:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

**\* In te vullen door de Raad van Bestuur.**

**Naam:** \_\_\_\_\_

**Functie:** Staflid juridische zaken

adviseert de Raad van Bestuur bovenvermeld verzoek wel/niet te honoreren.

**Handtekening:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

**Naam:** \_\_\_\_\_

**Functie:** voorzitter Raad van Bestuur

**Handtekening:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

verzoekt het hoofd Medisch Dossierbeheer het patiëntendossier van genoemde persoon te vernietigen en de patiënt(e), behandelend arts en de Raad van Bestuur hiervan op de hoogte te stellen.

**\* In te vullen door Hoofd Medisch Dossierbeheer.**

**Naam:** \_\_\_\_\_

verklaart hierbij dat het besluit van de Raad van Bestuur tot vernietiging van voornoemde patiëntgegevens is uitgevoerd.

**Handtekening:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_