

Aanvraagformulier correctie en vernietiging

Wij kunnen uw verzoek alleen in behandeling nemen als u bij uw verzoek een kopie van een geldig legitimatiebewijs (paspoort, identiteitskaart of rijbewijs inclusief burgerservicenummer) overlegt. Daarnaast worden alleen volledig ingevulde verzoeken behandeld.

Gegevens patiënt

Achternaam (incl. meisjesnaam):

Voorletter(s):

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Patiëntnummer (indien bekend):

BSN:

E-mailadres

Datum aanvraag:

Handtekening:

Gegevens aanvrager, niet zijnde de patiënt

Naam + naam instelling/organisatie:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres

Handtekening:

Let op: Als u de aanvraag namens de patiënt doet, dan dient u een door de patiënt getekende machtiging en een kopie van zijn/haar geldige legitimatiebewijs of een ander document/uitreksel mee te sturen met dit aanvraagformulier waaruit blijkt dat u bevoegd bent om de patiënt te vertegenwoordigen. We vragen ook de vertegenwoordiger van de patiënt zich te legitimeren.

Aanvraag voor uw kind

Voor- en achternaam van uw kind:

Geboortedatum van uw kind:

Handtekening kind:

Handtekening ouder/verzorger 1:

Handtekening ouder/verzorger 2:

Let op: Is uw kind tussen de 12 en 16 jaar oud, dan zijn een handtekening en een kopie van het legitimatiebewijs nodig van beide ouders/verzorgers én van uw kind. Is uw kind jonger dan 12 jaar, dan is een handtekening en een kopie van het legitimatiebewijs nodig van beide ouders.

Ik wens graag (kruis aan en vul in wat van toepassing is):

vernietiging van gedeelten van mijn patiëntendossier;

Let op: dit recht geldt alleen voor gegevens die de arts heeft opgeslagen in het kader van zijn dossierplicht. Uw financiële en administratieve gegevens vallen niet onder het vernietigingsrecht. Dit betekent dat het niet mogelijk is om al uw gegevens te laten verwijderen.

- correctie in mijn patiëntendossier.
Let op: dit recht heeft alleen betrekking op feitelijke onjuistheden.

Dit heeft betrekking op:

- één specialisme (bijvoorbeeld uw cardiologische gegevens), namelijk:
-
- meerdere specialismen (bijvoorbeeld uw cardiologische en dermatologische gegevens),
namelijk:.....
-

Over de periode vanaf tot

Naam behandelend arts:

Toelichting verzoek:

.....

.....

Afhandeltermijn

Wij streven ernaar uw aanvraag binnen 4 weken af te handelen.

Kosten

Voor het afhandelen van het verzoek van patiënten brengt het Bravis ziekenhuis geen kosten in rekening.

Verzenden

Stuur het formulier samen met een kopie van een geldig legitimatiebewijs van de betrokken patiënt en eventueel een door de patiënt getekende machtiging naar:

Locatie Roosendaal
Bravis ziekenhuis
t.a.v. Patiënten Service Bureau
Postbus 999
4700 AZ Roosendaal
psb.rsd@bravis.nl

Locatie Bergen op Zoom
Bravis ziekenhuis
t.a.v. Patiënten Service Bureau
Boerhaaveplein 1
4624 VT Bergen op Zoom
psb.boz@bravis.nl

Heeft u vragen over dit formulier? Neem dan contact op met het Patiënten Service Bureau.