

Aanvraagformulier vernietiging medische gegevens

Met dit formulier kunt u vragen om verwijdering van gegevens die door Comicro worden beheerd. Formulier en gegevens worden geregistreerd en bewaard door Comicro.

Binnen vier weken na uw verzoek ontvangt u bericht of aan het verzoek kan worden voldaan. Als het verzoek wordt afgewezen wordt aan u uitgelegd waarom. Een reden kan zijn dat uw dossier informatie bevat die van belang is of kan zijn voor anderen, bijvoorbeeld in het geval van een erfelijke aandoening. Deze beoordeling is aan de arts microbioloog in samenspraak met de behandelaar. Medische gegevens van een overleden patiënt worden in principe niet vernietigd. Dit is alleen toegestaan indien verondersteld kan worden dat de overledene hiertegen geen bezwaar zou hebben en indien er zwaarwegende belangen zijn.

Let op: gegevens in patiënten informatiesystemen van aanvragende huisartsenpraktijken en/of ziekenhuizen kunnen niet door Comicro worden verwijderd.

Gegevens patiënt

(geboorte)Naam en voorletters.....M/V

Geboortedatum.....BSN.....

Adres.....

Postcode en Woonplaats.....

Indien de aanvrager een ander persoon is dan de patiënt (uitsluitend wettelijk vertegenwoordiger of indien patiënt niet meer in leven is).

Naam aanvrager.....Relatie tot patiënt.....

Adres.....

Postcode en woonplaats.....

Indien de patiënt is overleden (zie toelichting z.o.z. hier a.u.b. datum van overlijden invullen:

Verzoekt om (s.v.p. keuze aanvinken en zo nodig specificeren):

- Verwijdering / anonimisatie van alle medische gegevens
- Verwijdering / anonimisatie van de volgende specifieke medische gegevens

Verzoekt tevens om

- Verwijdering van alle biologisch onderzoeksmateriaal behorende bij medische gegevens
- Verwijdering van het volgende specifieke onderzoeksmateriaal

Wilt het materiaal ophalen?

- JA / NEE

N.B. bij het ophalen van materiaal dient u zich te legitimeren

Van welke behandelend huisarts(en) / specialist(en) zijn de bovenstaande gegevens / het bovenstaande materiaal afkomstig? Zijn deze over uw verzoek geïnformeerd?

Naam huisarts / specialist	Geïnformeerd
	Ja / Nee
	Ja / Nee
	Ja / Nee
	Ja / Nee

Behandeling vond plaats in de periode(n)

Heeft uw verzoek betrekking op gegevens / materiaal dat betrokken is bij een juridische en/of aansprakelijkheid onderzoek.

- JA / NEE

Door ondertekening accepteert u het mogelijke gezondheidsrisico als gevolg van het verwijderen van genoemde gegevens, voor uzelf of degene namens wie u ondertekent.

Plaats: Datum:

Handtekening:

Checklist Comicro behorende bij aanvraagformulier vernietiging medische gegevens

Handeling	Naam	Datum	Paraaf
Ontvangst getekend aanvraagformulier			
Ontvangst kopie legitimatiebewijs, nummer genoteerd en kopie vernietigd			
Akkoord arts microbioloog Controle zwaarwegend belang Derden			
Akkoord betrokken ziekenhuis (geen lopende juridische procedures)			
Akkoord Financien (geen openstaande facturen)			
Akkoord bestuurder (geen lopende klachten/tuchtzaken)			
Vernietiging papieren archief			
Vernietiging materiaal			
Gegevens laten verwijderen uit landelijke databank			
Archivering van dit document			
Bevestiging van vernietiging sturen naar patiënt			