

## Wijziging/vernietiging medisch dossier

### Aanvraagformulier

---

#### Aanvrager

- Patiënt zelf
- Persoonlijk door de patiënt gemachtigde \* (Machtiging onderaan ook invullen)
- Anders 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 kern dossier, moet 115 jaar bewaard worden.

Het kern dossier 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 .....

## Machtiging

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

Naam en voorletter .....M/V\*

Geeft toestemming om aan de aanvrager (naam) .....

Handtekening patiënt

Handtekening gemachtigde

.....

.....

## Contact

**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.patiëntenzorg@mumc.nl](mailto:medischdossier.patiëntenzorg@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 dienen zowel het kind als de ouder/voogd het aanvraagformulier te ondertekenen. Tevens van beiden (kind en ouder/voogd) een kopie van een geldig legitimatiebewijs toevoegen.

*Odin 049509 Uitgave / februari 2019*

Bezoekadres  
P. Debyelaan 25  
6229 HX Maastricht

Postadres  
Postbus 5800  
6202 AZ Maastricht

Algemeen telefoonnummer  
043-387 65 43  
[www.mumc.nl](http://www.mumc.nl)