

Te sturen aan:

MC Groep
T.a.v. mevr. T. Rol, afdeling klachten
Postbus 5000
8200 GA Lelystad

e.mail: t.rol@mccgroep.com

Uw gegevens:

Naam:

Geboortedatum:

m/v

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer: - of 06-

E-mailadres:

Ik verzoek:

Vernietigen van de volgendemedische gegevens:

- Klinisch dossier (opname en/of dagopname).
 Poliklinisch dossier
 Electronisch dossier (hierin staan zowel klinische- als poliklinische dossiergegevens vermeld)

Specificatie van uw vernietigingsverzoek

(graag invullen indien mogelijk)

Van welk specialisme:

Welke behandelaar (indien bekend):

Is er specifieke informatie dat vernietigd dient te worden?

Uit welke behandelperiode:

Reden van aanvraag vernietiging:

Nadat uw verzoek is ontvangen wordt uw aanvraag in behandeling genomen. Binnen 4 weken nemen wij telefonisch contact met u op. Uiterlijk 3 maanden na het verzoek om vernietiging worden de gegevens vernietigd. Zodra de gegevens vernietigd zijn, wordt dit schriftelijk aan u bevestigd.

Voor meer informatie en uitleg rond dit onderwerp zie de folder rechten en plichten van de MC Groep, deze is te vinden op www.mczuiderzee.com

Accordering:

Ondergetekende is zich ervan bewust dat dit verzoek kan leiden tot eerder genoemde (medische) consequenties en verklaart op de hoogte te zijn van de procedure.

Dit is ingevuld in: _____ (plaatsnaam) op _____ (datum).

Handtekening : _____

**Vergeet u niet om met het ingevulde aanvraagformulier een kopie mee te sturen van uw geldige identiteitsbewijs (een paspoort, identiteitsbewijs of rijbewijs)!
Zonder geldig identiteitsbewijs kunnen wij uw aanvraag niet in behandeling nemen.**

Wij streven naar afhandeling binnen 3 maanden.