

Gelre ziekenhuizen Apeldoorn  
T.a.v. Bureau Klachten en Claims  
Postbus 9014  
7300 DS Apeldoorn

### Verzoek verwijdering medische gegevens

Kopie legitimatie (paspoort, identiteitskaart of rijbewijs) meesturen.  
(s.v.p. hokjes aankruisen)

Ondergetekende : .....

Naam : .....

Geboortedatum : .....

Adres + postcode en woonplaats .....

Wil graag verwijdering van hieronder aangegeven medische / verpleegkundige of andere gegevens

Klinisch dossier

Poliklinisch dossier(s) van ..... (naam behandelaar)

Anders, nl: ..... (soort dossier)

Alle dossiers

Deel van het dossier, n.l. periode van ..... tot .....

Datum : .....

Handtekening,

(in te vullen door behandelaar verzoek)

Gezien door:                      Soort legitimatie

Nr. Legitimatie:

Dit verzoek bewaren wij in het registratiesysteem van het klachtenbureau.

*Voeg een veilige kopie toe van het identiteitsbewijs van zowel de klager als zijn of haar vertegenwoordiger (schrijf schuin door de kopie van het ID de woorden "kopie voor Gelre ziekenhuizen" met de datum erbij en laat het BSN nummer wel zichtbaar (zie <http://www.rijksoverheid.nl> www.rijksoverheid.nl, zoekwoord 'identiteitsbewijs' en kies 'voorkom fraude etc.')*