

Formulier voor aanvraag kopie medisch dossier en /of rectificatie, aanvulling of verwijdering van persoonsgegevens

De aanvraag betreft de persoonsgegevens van:

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer overdag:

E-mailadres:

De aanvraag betreft het volgende verzoek:

- Kopie van het dossier
- De persoonsgegevens zoals die bij Tjongerschans bekend zijn, dienen te worden gerectificeerd, aangevuld, verwijderd en/of afgeschermd.
Voeg een brief met daarin een specificatie van te wijzigen gegevens alsmede een eventuele motivatie en/of bewijsmateriaal bij.

Binnen uiterlijk één maand na ontvangst van uw aanvraag, ontvangt u bericht of er wel / niet aan uw verzoek kan worden voldaan. Kan er niet aan uw verzoek worden voldaan, dan ontvangt u hierover bericht met de reden van de afwijzing van uw verzoek.

Uitzondering:

Wilt u gebruik maken van het recht op het verwijderen van uw gegevens, dan ontvangt u uiterlijk na 3 maanden een reactie.

De aanvraag betreft het volgende dossier:

- poliklinisch dossier
- medisch dossier
- verpleegkundig dossier

Specialisme:

Over de periode vantot

Laatste 4 cijfers BSN (nummer):

Laatste 4 cijfers of letters van uw legitimatiebewijs:

Paspoort:

Rijbewijs:

Identiteitsbewijs:

Datum verzoek:

Handtekening aanvrager:

Handtekening voor akkoord van cliënt (als dit niet de aanvrager is):

.....

(in dit geval moet verzoek per post verstuurd worden i.v.m. verplichte handtekening van patiënt)

De kopieën worden u per post toegezonden.

Vergeet niet de laatste 4 cijfers van uw BSN in te vullen en de laatste 4 cijfers of letters van uw legitimatiebewijs plus de eventuele bijlagen toe te voegen.

Dit formulier kunt u mailen naar:

privacy@tjongerschans.nl

of opsturen naar:

Ziekenhuis Tjongerschans Heerenveen
T.a.v. Functionaris gegevensbescherming
Afdeling bestuursondersteuning
Postbus 10500
8440 MA Heerenveen