**Verzoek om vernietiging van (deel van het) patiëntdossier GGz Centraal**

***Gegevens patiënt***

Achternaam en voorletter(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ m / v

Meisjesnaam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Wat is de periode van behandeling?* Van** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **tot** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Bij welke behandelaar bent u onder behandeling geweest ?***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Welke gegevens wilt u vernietigd hebben?***

□ Gehele patiëntdossier

□ Deel van het patiëntdossier, te weten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Wat is de reden voor het verzoek van vernietiging van (delen van) het dossier?***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Vernietiging van (delen van) het dossier heeft mogelijk gevolgen voor eventuele verdere hulpverlening. De mogelijkheid bestaat bij GGz Centraal dat u hier uitleg over krijgt van uw (voormalig) behandelaar of diens opvolger. Dit kan telefonisch of in een persoonlijk gesprek.***

***U kunt hieronder aangeven of, en op welke wijze u gebruik wilt maken van deze mogelijkheid. Indien hieronder niets wordt ingevuld, verklaart u met de ondertekening van dit formulier dat u naar uw oordeel voldoende op de hoogte bent van de mogelijke gevolgen voor de hulpverlening van vernietiging van (delen van) het dossier.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Ondertekening***

Plaats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening patiënt:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening (wettelijk) vertegenwoordiger (indien aan de orde):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Blz. 1 van 2

***Ter informatie***

Na ontvangst van dit formulier wordt uw verzoek voorgelegd aan de betreffende behandelaar die het verzoek zal beoordelen. Indien er geen bezwaren zijn, ontvangt u een akkoordverklaring met het verzoek deze te ondertekenen en terug te sturen.

Bij voorkeur binnen 1, maar maximaal binnen 3 maanden na ontvangst van deze akkoordverklaring zal worden overgegaan tot vernietiging van de gevraagde gegevens. Tenzij de zorg nog niet aan ons betaald is door de zorgverzekeraar. In dat geval wordt het gewenste (deel van) uw dossier vernietigd zodra de zorg betaald is. Uw verzoek tot vernietiging wordt beveiligd bewaard omdat GGz Centraal aan moet kunnen tonen dat wij (een deel van) uw dossier vernietigd hebben op uw verzoek, bijvoorbeeld in geval van controle door de zorgverzekeraar.

Indien er bezwaren bestaan om aan uw vernietigingsverzoek te voldoen, dan wordt u hierover schriftelijk – en onder vermelding van de reden(en) voor het bezwaar – geïnformeerd. U heeft het recht een klacht in te dienen bij de Autoriteit Persoonsgegevens als uw verzoek wordt afgewezen. Nadat aan het vernietigingsverzoek voldaan is, ontvangt u een schriftelijke bevestiging.

Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren die voorzien zijn van een kopie van een legitimatiebewijs (of waarbij in het dossier is vastgelegd dat u zich bij het inleveren van het formulier gelegitimeerd heeft) worden in behandeling genomen.

***Wilt u dit*** ***aanvraagformulier samen met een kopie van uw (geldige) legitimatiebewijs\* opsturen naar onderstaand adres? Als u liever geen kopie van uw identiteitsbewijs maakt, dan kunt u dit formulier ook langsbrengen en daarbij uw legitimatiebewijs tonen.***

\*Wij adviseren u bij het maken van een kopie van uw legitimatiebewijs gebruik te maken van de **Kopie-ID app** van de overheid. U kunt deze vinden in de App Store. Dit is een gratis app waarmee u een beveiligde kopie van uw legitimatiebewijs kunt maken. Voor een zorgverlener als GGz Centraal mag het BSN nummer zichtbaar blijven omdat wij dit nodig hebben bij de uitvoering van onze werkzaamheden. Informatie hierover kunt u vinden in de toelichting bij ‘meer informatie’ in deze app.

De kopie van uw legitimatiebewijs wordt vernietigd zodra uw verzoek is afgerond. Alleen het nummer van het document blijft in onze administratie bewaard.

***Toelichting op het invullen van het formulier***

***Gegevens patiënt***

Hier vermeldt u de gegevens van de persoon over wie het patiëntdossier gaat. Op enkele uitzonderingen na – zoals hieronder vermeld - moet de patiënt zelf de aanvraag ondertekenen.

***Kinderen/jongeren***

* De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) beschouwt een patiënt vanaf 16 jaar meerderjarig. Jongeren vanaf 16 jaar die (een deel van) hun patiëntdossier willen vernietigen, moeten daarom zelf de aanvraag ondertekenen.
* Bij een verzoek tot vernietiging van (een deel van) het patiëntdossier van kinderen tussen de 12 en 16 jaar dienen zowel het kind als de ouder/voogd het formulier te ondertekenen.
* Voor kinderen jonger van 12 jaar moet een van de ouders/voogd het verzoek ondertekenen.

***Legitimatie bij indienen aanvraag kinderen/jongeren***

* Indien de jongere vanaf 16 jaar zelf het verzoek indient, moet de jongere zich legitimeren bij het inleveren van dit formulier. Of, indien het verzoek opgestuurd wordt, moet de jongere hierbij een kopie van diens legitimatiebewijs voegen.

Als iemand anders dan de patiënt dit formulier invult, moet deze vertegenwoordiger dit formulier mede ondertekenen en een kopie van het geldige ID-bewijs van de patiënt en zichzelf toevoegen of tonen. Gecontroleerd wordt of de handtekening op het formulier en de handtekening in het ID-bewijs overeenkomen.

* Bij kinderen tussen de 12 en 16 jaar moet van beiden (kind en ouder/voogd) een kopie van een geldig legitimatiebewijs toegestuurd of getoond worden.

Bij kinderen jonger dan 12 jaar moet een geldig legitimatiebewijs van de ouder(s)/voogd toegestuurd of getoond worden

***Opsturen aanvraagformulier***

U kunt het ingevulde en ondertekende verzoek om vernietiging met een kopie/kopieën van het/de benodigde legitimatiebewij(s)(zen) sturen naar:

GGz Centraal

T.a.v. [invullen naam behandelaar] of Directeur Behandelzaken [invullen regio waar behandeling plaatsgevonden heeft]

………………..

…… …………

(U kunt de contactgegevens van de regio’s van GGz Centraal vinden op: <https://www.ggzcentraal.nl/over-ons/locaties/> )

Blz. 2 van 2