

**Verzoek tot vernietiging van (onderdelen van) mijn dossier**

Naam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Ondergetekende verklaart dat het zijn/haar uitdrukkelijke wens is dat tot vernietiging van op hem/haar betrekking hebbende dossiergegevens wordt overgegaan.

Ondergetekende verklaart zich bewust van het feit dat er bij een eventuele heraanmelding geen dossier meer is en dat andere instanties geen informatie meer kunnen opvragen bij doorverwijzing. Indien er een gerechtelijke procedure of een klachtenprocedure tegen De Kreek Premiumzorg GGZ, of één van onze medewerkers, is aangespannen c.q. te verwachten is, kan er niet tot vernietiging worden overgegaan. Ondergetekende verklaart eveneens bekend te zijn met het feit dat als zijn/haar dossier vernietigd wordt, een tuchtzaak tegen medewerkers van De Kreek Premiumzorg GGZ onmogelijk is geworden.

Door ondertekening van dit verzoek verklaart u zich akkoord met bovenstaande.

Ondergetekende verzoekt De Kreek Premiumzorg GGZ:

- Over te gaan tot vernietiging van het op hem/haar betrekking hebbende papieren medische dossier.
- Het anonimiseren van zijn/haar gegevens die in het EPD niet vernietigd kunnen worden.
- Indien ondergetekende niet het gehele dossier, maar bepaalde gegevens/dossierstukken wenst te laten vernietigen, hieronder graag aangeven welke dit betreffen:

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

Datum:

Handtekening:

Toelichting: Bij dit verzoek dient een kopie van een geldig legitimatiebewijs te worden bijgevoegd (rijbewijs, paspoort of ID-kaart) .

Dit verzoek kunt u sturen naar: De Kreek Premiumzorg GGZ, Nieuwstraat 19, 4501 BA Oostburg.  
Of mailen naar: [secretariaat@dekreekpremiumzorg.nl](mailto:secretariaat@dekreekpremiumzorg.nl)