



Verzoek tot vernietiging dossier

Hierbij verzoekt ondergetekende om zijn/haar behandeldossier te vernietigen. Voor zover van toepassing geldt dit verzoek zowel voor het papieren dossier als voor het elektronisch dossier.

Naam:

Adres:

Woonplaats:

E-mailadres:

Geboortedatum:

Datum:

Handtekening:

Uw verzoek wordt beoordeeld na afloop van het behandeltraject. Indien er geen bezwaren zijn, wordt uw dossier vernietigd. Dit verzoek wordt bewaard. U wordt per e-mail geïnformeerd over de vernietiging van uw dossier of de reden waarom niet tot vernietiging wordt overgegaan.

Om er zeker van te zijn dat het verzoek tot vernietiging door u is gedaan, vragen wij u een kopie van uw identiteitsbewijs met dit verzoek mee te sturen.

U kunt dit formulier ondertekend met een kopie van uw identiteitsbewijs mailen of per post verzenden naar uw behandelend therapeut.

PRAKTIJK NAAM:
ADRES:
POSTCODE:
WOONPLAATS:

TEL:
EMAIL:
WEBSITE:

BEHANDELEND THERAPEUT:
LICENTIE:
AGB ZORGVERLENER:
AGB PRAKTIJK: