

ZorgSaam Ziekenhuis  
Afdeling Patiëntenservice  
Wielingenlaan 2  
4535 PA Terneuzen

Mailadres: [patientenservice@zzv.nl](mailto:patientenservice@zzv.nl)

Tel: 06-82321293 (telefonisch bereikbaar van ma t/m wo tussen 09:00-12:00)

**Aanvraagformulier voor vernietiging en kopie medische gegevens.**

**Graag ter controle een kopie van een geldig legitimatiebewijs mee te sturen.**

<b>Aanvrager</b>	
Naam: _____	
Adres: _____	
Postcode: _____	Woonplaats _____
Telefoon: _____	Mailadres: _____
Relatie tot de patiënt (indien van toepassing): _____	

**Verzoekt om (aankruisen wat van toepassing is):**

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Afschrift   | <input type="checkbox"/> medisch dossier                                   |
| <input type="checkbox"/> Vernietigen | <input type="checkbox"/> verpleegkundig dossier<br>(gegevens betr. opname) |
|                                      | <input type="checkbox"/> röntgen dossier                                   |

**Wijze van verstrekken**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> USB stick       | <input type="checkbox"/> Persoonlijk ophalen  |
| <input type="checkbox"/> Papieren versie | <input type="checkbox"/> Aangetekend opsturen |

<b>Betreffende</b>
Patiëntnummer (staat op het patiëntenetiket): _____
Geboortedatum: _____
Eigennaam: _____
Naam partner: _____
Adres: _____
Postcode: _____ Woonplaats _____
Telefoon: _____

Dossiergegevens		Invullen/aankruisen wat van toepassing is:	
Hulpverlener:	Specialisme:	Betreffende periode:	Volledig dossier:
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Datum: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_