



VERZOEK OM Vernietiging PATIENTENDOSSIER

Hierbij verzoek ik om vernietiging van mijn gehele medische dossier.

Persoonsgegevens:

Naam en voorletters:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

U dient een kopie van een geldig legitimatiebewijs bij te sluiten. Het BSN-nummer kunt u onleesbaar maken, ook kunt u op de kopie vermelden dat deze bestemd is voor Reinier van Arkel.

Naam:

Plaats:

Datum verzoek:

Handtekening:

Dit formulier sturen naar:

Reinier van Arkel

t.a.v. Bureau Geneesheer-Directeur

Postbus 70058

5201 DZ 's-HERTOGENBOSCH