



**Formulier
Aanvraag vernietiging medisch dossier**

Datum:

Naam:

Adres:

Telefoonnummer:

Geboortedatum:

BSN:

Naam behandelaar:

Hierbij geef ik aan dat ik graag wil dat Dimence mijn medisch dossier vernietigt. Uw (voormalig) behandelaar zal hierover contact met u opnemen.

Met vriendelijke groet,

(naam + handtekening)

⇒ Print dit formulier en stuur het op naar het secretariaat van de afdeling waar u het laatst onder behandeling bent geweest. Op www.dimence.nl kunt u zoeken op Teams & Locaties naar contactgegevens.