

**zelf invullen:** Naam ziekenhuis  
t.a.v. de directeur  
**zelf invullen:** adres

Datum: **zelf invullen**

Geachte **zelf invullen**:

Hierbij verzoek ik u om mijn medisch dossier in dit ziekenhuis voor tenminste 30 jaar vanaf nu in zijn geheel te bewaren, ongeacht het type behandeling of de aard van de bescheiden in het dossier.

Omdat ik een ..... (**zelf invullen: DES-moeder/DES-dochter/DES-zoon/DES-kleinkind**) ben, vind ik het belangrijk dat alle informatie in mijn dossier bewaard blijft. Ik vind het van belang om binnen mijn familie indien nodig te kunnen nagaan welke medische (DES-)geschiedenis er is. Daarnaast acht ik het van belang dat mijn gegevens bewaard blijven om wetenschappelijk onderzoek mogelijk te maken naar de gevolgen van DES.

Ik ontvang graag een schriftelijke bevestiging dat mijn verzoek is verwerkt en waaruit blijkt hoe uw ziekenhuis zal voorkomen dat (delen van) mijn dossier in de toekomst worden vernietigd.

**zelf invullen:** Handtekening

**zelf invullen** Naam  
**zelf invullen** adres  
**zelf invullen** telefoonnummer  
**zelf invullen** e-mailadres  
**zelf invullen** zo mogelijk: patiëntnummer of klantnummer  
Periode waarin ik werd behandeld in dit ziekenhuis: **zelf invullen** ...  
Afdeling(en) waar ik werd behandeld in dit ziekenhuis: **zelf invullen** .....