

Machtigingsformulier

Met dit machtigingsformulier kunt u een persoon (bijv. partner, mantelzorger) machtigen om inzage/afschrift te verkrijgen in uw medische gegevens, bijv. na overlijden.

Het ingevulde machtigingsformulier levert u samen met een kopie van de ID bewijzen van zowel u zelf als diegene die u wilt machtigen in bij het centraal medisch archief. Wanneer de aanvraag volledig is ingediend en op juistheid is gecontroleerd goedkeuring wordt het machtigingsformulier toegevoegd aan uw medisch dossier. U ontvangt hiervan een bevestiging op het e-mail adres wat in onze systemen bekend is.

Aanvraag

1. Gegevens aanvrager

Achternaam: _____

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

Geslacht: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Telefoon : _____ Vast: _____ Mobiel: _____

Patiëntnummer: _____

BSN nummer: _____

ID bewijs: _____

E-mail adres: _____

2. Gegevens van de persoon die u wilt machtigen

Naam: _____

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

Geslacht: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Telefoon: _____ Vast: _____ Mobiel: _____

BSN nummer: _____

3. Voor welke dossier onderdelen wilt u de persoon machtigen

Ziekenhuis

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| • Poliklinisch (tijdens het spreekuur van uw behandelaar) | ☐ Ja | ☐ Nee |
| • Klinisch (tijdens uw opname in het ziekenhuis) | ☐ Ja | ☐ Nee |
| • Verpleegkundig | ☐ Ja | ☐ Nee |
| • Radiologie | ☐ Ja | ☐ Nee |
| • Verpleeghuiszorg-/ woonzorg | ☐ Ja | ☐ Nee |
| • Wijkverpleging | ☐ Ja | ☐ Nee |
| • Revalidatie & Herstel | ☐ Ja | ☐ Nee |
| • Paramedisch (diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, logopedie | ☐ Ja | ☐ Nee |
| • Besloten dossiers (Medisch Maatschappelijk, Geestelijke Verzorging, Psychologie) | ☐ Ja | ☐ Nee |

4. Wilt u de machtiging tijdelijk geven?

- ☐ Ja, de machtiging is geldig tot en met specifieke datum datum: _____
- ☐ Ja, de machtiging is geldig tot aan mijn overlijden
- ☐ Nee, ik wil de machtiging niet beperken in de tijd

Opmerkingen:

5. Ondertekenen

Handtekening aanvrager:

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening gemachtigde:

Datum: _____

Plaats: _____

U kunt ervoor kiezen om het ingevulde formulier te versturen per e-mail naar centraal.archief@rivas.nl of per post naar Centraal Archief, postbus 90, 4200 AB Gorinchem.

Rivas zal uw aanvraag in behandeling nemen en gaat vertrouwelijk om met de gegevens op dit formulier. Wij reageren binnen een maand op uw aanvraag.

Bij het versturen van dit formulier vragen wij u om een kopie of scan van een geldig identiteitsbewijs bij te voegen. Dit mag zijn: een rijbewijs, identiteitskaart of paspoort. Voor meer informatie over een geldig identiteitsbewijs zie de website: <https://bit.ly/3LU7u2U>.

Centraal Medisch Archief

Onderstaande wordt ingevuld door het centraal medisch archief van Rivas Zorggroep.

Aanvrager:

ID bewijs:

Document nr. :

Volledig: ☐ Ja ☐ Nee

Datum ID bewijs vernietigd:

Gemachtigde:

ID bewijs:

Document nr. :

Volledig: ☐ Ja ☐ Nee

Datum ID bewijs vernietigd: