

Machtigingsformulier Toegang ouder(s)/voogd Patiëntportaal

Informatie voor beide ouders/ voogden

Wij vragen u onderstaande gegevens in te vullen en uw handtekening te plaatsen. Hiermee geeft u aan dat u het wettelijk gezag* hebt over de patiënt(en) zoals hieronder vermeld. Is er een verandering in het gezag? Dan bent u verplicht dit door te geven aan de behandelend arts van uw kind(eren). Bij twijfel kan het LUMC het Centraal Gezagsregister (laten) raadplegen.

**Dit betekent dat o.a. stiefouders zijn uitgesloten van toegang tot het patiëntportaal.*

Gegevens ouder/voogd 1 (persoon die wettelijk gezag over het kind heeft)

LUMC-nummer ouder/voogd 1 _____
 Voorletters en achternaam _____
 Meisjesnaam (indien van toepassing) _____
 Straat en huisnummer _____
 Postcode en woonplaats _____
 E-mailadres _____
 Geboortedatum (dag/maand/jaar) _____
 Burgerservicenummer (BSN) _____

Gegevens ouder/voogd 2 (persoon die wettelijk gezag over het kind heeft)

LUMC-nummer ouder/voogd 2 _____
 Voorletters en achternaam _____
 Meisjesnaam (indien van toepassing) _____
 Straat en huisnummer _____
 Postcode en woonplaats _____
 E-mailadres _____
 Geboortedatum (dag/maand/jaar) _____
 Burgerservicenummer (BSN) _____

Gegevens kind(eren)	Datum & handtekening ouder(s)/voogd(en)
Patiëntnummer kind 1: _____ Patiëntnaam kind 1: _____ Geboortedatum kind 1: _____	Datum/ handtekening ouder/voogd 1: _____ Datum/ handtekening ouder/voogd 2: _____
Patiëntnummer kind 2: _____ Patiëntnaam kind 2: _____ Geboortedatum kind 2: _____	Datum/ handtekening ouder/voogd 1: _____ Datum/ handtekening ouder/voogd 2: _____

In te vullen door Polikliniek assistent

Is de machtiging volledig ingevuld, gescand, opgeslagen en verleend in HIX?

Ja Nee

Bij machtiging voor voogd: Is de beschikking van de Rechtbank gekopieerd, gescand en opgeslagen in HIX?

Ja Nee N.v.t

Is het identiteitsbewijs van de ouder(s)/voogd gecontroleerd?

Ja Nee Ja, m.b.v. kopie identiteitsbewijs

Is het identiteitsbewijs van de patiënt (vanaf 12 jaar) gecontroleerd?

Ja Nee N.v.t

Toestemming patiënt(en) (alleen in vullen wanneer patiënt(en) 12 jaar of ouder is/zijn*)

Vind(en) je/ jullie het goed dat je ouder(s)/voogd toegang krijgt tot jouw gegevens in het Patiëntportaal?

Gegevens kind(eren)	Datum	Handtekening
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> N.v.t Voor- en achternaam _____ E-mailadres (indien van toepassing) _____ Geboortedatum (dag/maand/jaar) _____		
<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> N.v.t Voor- en achternaam _____ E-mailadres (indien van toepassing) _____ Geboortedatum (dag/maand/jaar) _____		

**Wanneer het kind niet in staat is het formulier te tekenen, hoeft dit onderdeel niet ingevuld te worden*

Goedkeuring behandelend arts Leids Universitair Medisch Centrum (deze gegevens vult de arts, zo mogelijk tijdens uw bezoek, in)

Kind is niet in staat om zelf te ondertekenen?

Ja Nee N.v.t

Voorletters en achternaam behandelend arts _____

Machtigingen toekennen?

Ja Nee

Datum:

Handtekening:

Zodra de machtiging actief is krijgt u hierover een bericht via e-mail.