

## 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 aanvrager:

Datum: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

*U kunt ervoor kiezen om het ingevulde formulier te versturen per e-mail naar [centraal.archief@rivas.nl](mailto: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: