

**Patiëntnummer kind:** \_\_\_\_\_  
**Patiëntnaam kind:** \_\_\_\_\_  
**Geboortedatum kind:** \_\_\_\_\_

**Voor het aanvragen van de machtiging is het noodzakelijk dat u zelf aanwezig bent i.v.m. de identificatieverificatie.**

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

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 zoals hierboven vermeld. Is er een verandering in het gezag? Dan bent u verplicht dit door te geven aan de behandelend arts van uw kind. Bij twijfel vraagt het RKZ u een uittreksel van het Centraal Gezagsregister in te dienen.

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

RKZ patiënt-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) \_\_\_\_\_

Datum:

Handtekening:

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

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 zoals hierboven vermeld. Is er een verandering in het gezag? Dan bent u verplicht dit door te geven aan de behandelend arts van uw kind. Bij twijfel vraagt het RKZ u een uittreksel van het Centraal Gezagsregister in te dienen.

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

RKZ patiënt -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) \_\_\_\_\_

Datum:

Handtekening:

---

**In te vullen door polikliniek assistente**

Zijn de E-zorgkringen uitgereikt aan ouder?

Ja Nee

Is de machtiging volledig ingevuld en verleend in HiX?

Ja Nee

Bij machtiging voor voogd: Is de beschikking van de Rechtbank gescand en opgeslagen in HiX?

Ja \_\_\_\_\_ Nee N.v.t

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

Ja \_\_\_\_\_ NeeIs het identiteitsbewijs van de patiënt (**vanaf 12 jaar**) gecontroleerd?Ja \_\_\_\_\_ Nee N.v.t

---

**Toestemming patiënt (alleen in vullen wanneer patiënt 12 jaar of ouder is\*)**

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

Ja \_\_\_\_\_ Nee N.v.t

Voor- en achternaam \_\_\_\_\_

E-mailadres (indien van toepassing) \_\_\_\_\_

Geboortedatum (dag/maand/jaar) \_\_\_\_\_

Datum:

Handtekening:

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

---

**Goedkeuring behandelend arts RKZ – Polikliniek Kindergeneeskunde (deze gegevens vult de arts in tijdens uw bezoek)**

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: