

# Machtigingsformulier toegang ouder(s)/voogd mijn.rkz.nl

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. Om uw verzoek zo goed mogelijk af te kunnen handelen hebben wij nadere gegevens van u nodig. Daarom verzoeken wij u dit formulier zo nauwkeurig mogelijk in te vullen en het formulier te retourneren aan:**

Rode Kruis Ziekenhuis, afdeling Dossierbeheer  
T.a.v. Mariska Lute  
Postbus 1074  
1940 EB Beverwijk

## **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 patiëntnummer ouder/voogd 1	
Voorletters en achternaam	
Meisjesnaam (indien van toepassing)	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
E-mailadres	
Geboortedatum (dag/maand/jaar)	
Burgerservicenummer (BSN)	
<b>Datum</b>	<b>Handtekening</b>

## 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 patiëntnummer ouder/voogd 2	
Voorletters en achternaam	
Meisjesnaam (indien van toepassing)	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
E-mailadres	
Geboortedatum (dag/maand/jaar)	
Burgerservicenummer (BSN)	
<b>Datum</b>	<b>Handtekening</b>

## In te vullen door coördinator zorgportalen

Zijn de E-zorgkringen uitgereikt aan ouder?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Is de machtiging volledig ingevuld en verleend in het ZIS?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Bij machtiging voor voogd: Is de beschikking van de Rechtbank gescand en opgeslagen in het ZIS?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.
Is het identiteitsbewijs van de ouder(s)/voogd gecontroleerd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Is het identiteitsbewijs van de patiënt (vanaf 12 jaar) gecontroleerd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.

### Toestemming patiënt (alleen invullen wanneer patiënt 12 jaar of ouder is)\*

Vind je het goed dat je ouder(s)/voogd toegang krijgt tot jouw gegevens in het Patiëntportaal?	<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)	
<b>Datum</b>	<b>Handtekening</b>

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

### Goedkeuring behandelend arts RKZ (deze gegevens vult de arts in tijdens uw bezoek)

Kind is niet in staat om zelf te ondertekenen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.
Voorletters en achternaam behandelend arts	
Machtigingen toekennen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<b>Datum</b>	<b>Handtekening</b>