

**MACHTIGINGSFORMULIER
VOOR 16 JAAR EN OUDER**

U wenst iemand te volmachten voor het regelen van (een deel) van uw zorg in de huisartsenpraktijk. Hiervoor heeft de praktijk uw toestemming eerst nodig. Wij verzoeken u dit formulier volledig in te vullen en bij ons in te leveren. U dient zich te legitimeren middels een identiteitskaart, paspoort of rijbewijs ter verificatie van uw persoonsgegevens.

PATIËNTGEGEVENS

ACHTERNAAM:	VOORLETTERS:	M / V
ADRES:	GEBORTE DATUM:	
POSTCODE:	WOONPLAATS	
TELEFOONNR.:	E-MAIL:	

IK GEEF TOESTEMMING AAN (DE GEVOLMACHTIGDE)

ACHTERNAAM:	VOORLETTERS:	M / V
ADRES:	GEBORTE DATUM:	
POSTCODE:	WOONPLAATS:	
RELATIE TOT PATIËNT:	TELEFOONNR.:	
HANDTEKENING GEMACHTIGDE:		

DUUR VAN MACHTIGING

☐ EENMALIGE MACHTIGING OP DATUM:	
☐ DOORLOPENDE MACHTIGING	
☐ MACHTIGING VAN	TOT

IK GEEF DE GEVOLMACHTIGDE TOESTEMMING VOOR

☐ HET INPLANNEN VAN AFSPRAKEN	☐ HET OPHALEN VAN EEN BRIEF / FORMULIER
☐ HET BESTELLEN VAN HERHAALMEDICATIE	☐ ANDERS, NAMELIJK
☐ HET OPVRAGEN VAN ONDERZOEKSUITSLAGEN	

INVULLEN DOOR ASSISTENT geen kopie maken van legitimatiebewijs

☐ LEGITIMATIE GECONTROLEERD
--



MACHTIGINGSFORMULIER VOOR 16 JAAR EN OUDER

Door assistent:

- ☐ Controleer formulier op volledigheid
- ☐ Controleer legitimatie patiënt bij ontvangst formulier
- ☐ Scan & voeg formulier toe in HIS
- ☐ Noteer bij aandachtspunten in HIS:
 - Naam, geb.datum, tel. Nummer, postcode, huisnr. van gemachtigde
 - Duur + welke toestemming
 - 'Zie document' + datum inscan
- ☐ Vernietig papieren formulieren

Met het ondertekenen en inleveren van dit machtigingsformulier bij Antoniusveld Huisartsen gaat u akkoord met bovenstaande gegeven toestemmingen. Uw toestemmingen gebruiken wij niet voor andere doeleinden en wij verstrekken alleen gegevens aan de persoon die u gevolmachtigd heeft. U blijft zelf aanspreekpunt voor onze zorgverlening.

HANDTEKENING:**DATUM:**

U heeft het recht om op een later moment uw gegeven toestemming(en) weer in te trekken. U kunt dit doen middels contact met ons op te nemen.