

## Aanvraag machtiging inzage patiëntenportaal

Datum aanvraag.....

### Aanvraag inzage patiëntenportaal betreffende andere patiënt

Gegevens patiënt (degene die toestemming geeft):

|                     |  |                |                                                             |
|---------------------|--|----------------|-------------------------------------------------------------|
| Partnersnaam        |  | Geboortenaam   |                                                             |
| Voorletters         |  | Geb. datum     |                                                             |
| Straat + huisnummer |  | Woonplaats     |                                                             |
| Postcode            |  | Telefoonnummer |                                                             |
| Burgerservicenummer |  | Geslacht       | <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw |
| E-mailadres         |  |                |                                                             |

Machtigt onderstaande gemachtigde voor (aankruisen wat van toepassing is):

☐ Inzage patiëntenportaal

|                                      |  |                |                                                             |
|--------------------------------------|--|----------------|-------------------------------------------------------------|
| Partnersnaam                         |  | Geboortenaam   |                                                             |
| Voorletters                          |  | Geboortedatum  |                                                             |
| Straat + huisnummer                  |  | Woonplaats     |                                                             |
| Postcode                             |  | Telefoonnummer |                                                             |
| Burgerservicenummer                  |  | Geslacht       | <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw |
| E-mailadres                          |  |                |                                                             |
| Relatie tot patiënt (verplicht)      |  |                |                                                             |
| Handtekening patiënt (vanaf 12 jaar) |  |                |                                                             |
| Handtekening gemachtigde             |  |                |                                                             |

*\*Indien patiënt wilsonbekwaam is, kopie gerechtelijke uitspraak toevoegen*

Geef het ingevulde formulier af bij de informatiebalie in de centrale hal van VieCuri Venlo of Venray. Doe dit samen met de persoon van wie u toestemming heeft om in het patiëntenportaal te kijken. Neem beiden uw legitimatiebewijs mee.

### Vragen?

U kunt ons mailen via: [cma@viecuri.nl](mailto:cma@viecuri.nl). Wij streven er naar u binnen 3 werkdagen een reactie te geven. Of bel ons via telefoonnummer (077) 320 64 37. Wij zijn telefonisch bereikbaar van maandag tot en met woensdag van 09:00 tot 12:00 uur.

### In te vullen door VieCuri :

|                         |          |
|-------------------------|----------|
| Reeds bekend in systeem | Ja / Nee |
| BSN gevalideerd         | Ja / Nee |