

Aanvraag toegang patiëntendossier van een ander via mijn.rkz.nl

Met dit formulier kunt u toegang aanvragen tot het patiëntendossier van een ander via mijn.rkz.nl. Voor het aanvragen van de machtiging is het noodzakelijk dat u zelf aanwezig bent in verband met de identificatieverificatie (voor minderjarige kinderen is een ander formulier beschikbaar).

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
Postbus 1074
1940 EB Beverwijk

Ondergetekende,

RKZ patiëntnummer gemachtigde	
Voorletters en achternaam	
Meisjesnaam (indien van toepassing)	
Geslacht	
Geboortedatum (dag/maand/jaar)	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
E-mailadres	
Datum	Handtekening

Wil graag toegang krijgen tot het elektronisch patiëntendossier van:

Gegevens patiënt:

RKZ patiëntnummer	
Voorletters en achternaam	
Meisjesnaam (indien van toepassing)	
Geslacht	
Geboortedatum (dag/maand/jaar)	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
E-mailadres	

Patiënt is wilsbekwaam en akkoord met deze verklaring.

Datum	Handtekening

Ik vertegenwoordig de patiënt en ik overleg ter bewijs hiervan (aankruisen wat van toepassing is):

<input type="checkbox"/> een verklaring van huisarts of medisch specialist
<input type="checkbox"/> een verklaring van mentorschap
<input type="checkbox"/> een verklaring van curatorschap

IN TE VULLEN DOOR COÖRDINATOR ZORGPORTALEN

Zijn de E-zorgkringen uitgereikt aan patiënt en gemachtigde?	<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 wilsonbekwame patiënt: Is de bewijsvoering gecontroleerd, 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 gemachtigde gecontroleerd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Is het identiteitsbewijs van de patiënt gecontroleerd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.