

Voor patiënten vanaf 16 jaar

Door ondertekening van dit formulier bevestigt u dat onderstaande persoon als gemachtigde toegang krijgt tot uw digitale patiëntenomgeving via het patiëntenportaal van Huisartsenpraktijk Nibbixwoud. Met de ondertekening van dit machtigingsformulier verklaart u zich ervan bewust te zijn dat onderstaande persoon als gemachtigde dezelfde rechten en toegang heeft tot uw dossier als uzelf.

Om de machtiging in te laten gaan, is het noodzakelijk dat u dit *persoonlijk* aan ons meldt (dus niet uw aanstaande gemachtigde). Ook moet de gemachtigde zich bij ons legitimeren. Die kan hiervoor terecht bij de assistente op de praktijk.

Op ieder moment kunt u een machtiging weer intrekken.

Op het gebruik van ons patiëntenportaal zijn de algemene voorwaarden en het privacybeleid van toepassing. Deze kunt u lezen op onze website. Door ons patiëntenportaal te gebruiken, gaat u akkoord met deze algemene voorwaarden en het privacybeleid.

Gegevens patiënt (eigenaar patiëntendossier)

Voorletters en achternaam:	
Geslacht:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode en Woonplaats:	
E-mail adres:	

Machtiging wordt aangevraagd voor (gemachtigde):

Voorletters en achternaam: Geslacht: Geboortedatum: Adres: Postcode: Woonplaats: (Mobiël) telefoonnummer: E-mailadres: Bent u zelf patiënt bij huisartsenpraktijk Nibbixwoud? Ja/Nee Geldig legitimatiebewijs: Paspoort/ID-kaart/Rijbewijs

Voorletters en achternaam:	
Geslacht:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode en Woonplaats:	
(Mobiël) telefoonnummer:	
E-mail adres	
Bent u zelf patiënt bij Huisartsenpraktijk Nibbixwoud?	Ja/Nee
Geldig legitimatiebewijs: Paspoort/ID-kaart/Rijbewijs	

In te vullen door praktijkmedewerker:

Persoonsidentificatie ggedaan door: (naam en functie medewerker)	
Paraaf:	
Datum:	

Plaats:.....

Datum:

Voor akkoord

Handtekening patiënt:

Handtekening gemachtigde: