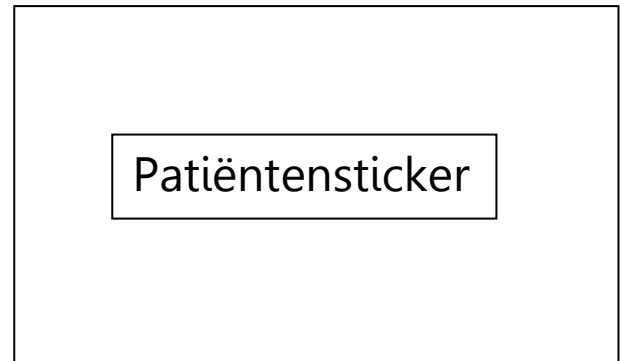


## Formulier aanvraag inzage MijnIkazia ouder/voogd met machtiging

Toegang voor ouder(s) of voogd tot  
MijnIkazia (patiëntenportaal) van het kind.



Vul het formulier helemaal in en lever het formulier in bij de balie van de polikliniek Kindergeneeskunde (route 27) van het Ikazia ziekenhuis. Als het formulier niet compleet is ingevuld kunnen wij de aanvraag niet in het systeem zetten.

Let op! De aanvrager & patiënt moeten met een geldig ID bewijs het formulier inleveren bij de balie van de polikliniek Kindergeneeskunde (route 27).

### Gegevens aanvrager 1 (wettelijk gezag over de patiënt)

**Met uw handtekening op dit aanvraagformulier geeft u aan dat u het wettelijk gezag heeft over de patiënt waar het om gaat.** Vindt er een verandering in gezag plaats? Dan bent u verplicht dit door te geven aan de behandelaar van de patiënt. Bij twijfel kan het Ikazia Ziekenhuis dit in het Centraal Gezagregister (laten) onderzoeken.

Relatie tot Kind \_\_\_\_\_

Voorletter(s) + Achternaam \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_

Email adres \_\_\_\_\_

### Optioneel: Gegevens aanvrager 2 (wettelijk gezag over de patiënt)

Relatie tot Kind \_\_\_\_\_

Voorletter(s) + Achternaam \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

**Gegevens kind vanaf 12 jaar (alleen in te vullen door kinderen van 12 tot 16 jaar)**

We willen van jou weten of je het goed vindt dat je ouder(s)/voogd toegang krijgen tot jouw patiëntenportaal.

Ik vind het goed dat mijn ouder(s)/voogd toegang krijgen tot mijn patiëntenportaal

Ja       Nee      (kruis aan wat voor toepassing is)

Voorletter(s) + Achternaam \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_

Als je toestemming hebt gegeven, hebben jouw ouder(s)/voogd toegang tot jouw portaal totdat je 16 jaar wordt. Wil je dat jouw ouder(s)/voogd niet meer kunnen kijken in jouw portaal, laat dit dan weten aan je dokter.

**Gegevens in te vullen door de Polikliniek Kindergeneeskunde**

Datum einde machtiging: \_\_\_\_\_

Machtiging toekennen aanvrager    Ja (gegevens compleet)    Nee (gegevens niet compleet)

Datum  
\_\_\_\_\_

Stempel Polikliniek  
\_\_\_\_\_

