



Medische machtiging minderjarige

Aan het BovenIJ ziekenhuis

Ter attentie van de behandelend arts

de heer / mevrouw

Postbus 37610

1030 BD Amsterdam

Voor toestemming tot inzage in het medisch dossier geldt dat deze machtiging moet worden ondertekend door

- een ouder/voogd/wettelijk vertegenwoordiger bij een minderjarige tot en met 11 jaar,
- door zowel de ouder/voogd/wettelijk vertegenwoordiger als de minderjarige zelf bij een leeftijd van 12 tot en met 15 jaar of
- door de minderjarige zelf als die de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt op het moment van het tekenen van de machtiging.

| Ondergetekende | |
|------------------------|--|
| Naam : | |
| Straat en huisnummer : | |
| Postcode : | |
| Woonplaats : | |
| Geboortedatum : | |
| Telefoonnummer : | |
| E-mailadres : | |
| BSN : | |
| Relatie tot patiënt : | |



Medische machtiging minderjarige

te dezen optredend als ouder/voogd/wettelijk vertegenwoordiger van

| De minderjarige | |
|------------------------|---|
| Naam : | |
| Straat en huisnummer : | |
| Postcode : | |
| Woonplaats : | |
| Geslacht : | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V |
| Geboortedatum : | |
| Telefoonnummer : | |
| E-mailadres : | |
| BSN : | |

machtig(t)(en) hiermee:

De Raad van Bestuur, alsmede het medisch en paramedisch personeel, verbonden aan het BovenIJ ziekenhuis de bij hen berustende medische en paramedische gegevens te overleggen aan ondergetekende.

(datum)

(handtekening minderjarige)

(handtekening wettelijk vertegenwoordiger)

