

## Machtigingsformulier mijnLUMC voor wilsbekwame patiënt (ouder dan 16 jaar)

### Verlenen machtiging voor volwassen wilsbekwame patiënt (ouder dan 16 jaar)

Om iemand te machtigen uw gegevens in mijnLUMC in te zien, vragen wij u onderstaande gegevens in te vullen.

Degene die u machtigt heeft inzage in de gegevens die u zelf ook ziet in mijnLUMC. De gemachtigde moet bij het LUMC ingeschreven zijn en kan de gegevens in mijnLUMC met de eigen DigiD inzien. Is degene die u wilt machtigen nog niet in het LUMC ingeschreven, dan moet die persoon zich laten inschrijven.

Elk jaar krijg u een herinnering dat er een machtiging is verstrekt. Indien gewenst kunt u de poli vragen de machtiging in te trekken.

Bij een eerstvolgend bezoek aan de polikliniek kunt u de machtiging laten activeren. Is de persoon die u machtigt niet bij dit bezoek aanwezig? Neem dan een kopie van het identiteitsbewijs van die persoon mee. Gebruik de [KopieID app van de Rijksoverheid](#) of bewerk de kopie:

- Maak in de kopie het burgerservicenummer onleesbaar, ook in de cijferreeks onderaan
- Schrijf op de kopie dat het een kopie is
- Schrijf op de kopie dat het voor het LUMC is t.b.v. het aanvragen van een machtiging
- Schrijf op de kopie de datum waarop de kopie is afgegeven

De behandelend arts moet akkoord geven voor het verstrekken van de machtiging. De arts checkt altijd of u de machtiging vrijwillig afgeeft en of u zich je bewust bent van de gevolgen ervan.

### Gegevens van de persoon die de machtiging verstrekt:

LUMC-nummer \_\_\_\_\_

Voorletters en eigen achternaam \_\_\_\_\_

Achternaam van uw partner (indien van toepassing) \_\_\_\_\_

Straat en huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_

E-mailadres \_\_\_\_\_

Geboortedatum (dag/maand/jaar) \_\_\_\_\_

Burgerservicenummer (BSN) \_\_\_\_\_

## Gegevens van de persoon die wordt gemachtigd:

LUMC-nummer \_\_\_\_\_

Voorletters en eigen achternaam \_\_\_\_\_

Achternaam van partner (indien van toepassing) \_\_\_\_\_

Straat en huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_

E-mailadres \_\_\_\_\_

Geboortedatum (dag/maand/jaar) \_\_\_\_\_

Burgerservicenummer (BSN) \_\_\_\_\_

---

**Goedkeuring behandelend arts Leids Universitair Medisch Centrum (deze gegevens vult de arts in tijdens uw bezoek).** Heeft u vragen m.b.t. het verlenen van een machtiging dan kunt u advies inwinnen bij de jurist Medische Zaken.

Is patiënt in staat de consequenties van het verstrekken van een machtiging te overzien?

Ja  Nee

Voorletters en achternaam behandelend arts \_\_\_\_\_

Machtigingen toekennen?

Ja  Nee

Datum:

Handtekening:

---

## In te vullen door Polikliniek-assistent

Is de machtiging volledig ingevuld, gescand, opgeslagen en verleend in HIX?

Ja  Nee

Is het identiteitsbewijs van de gemachtigde gecontroleerd (het identiteitsbewijs na controle vernietigen)

Ja  Nee

Is het identiteitsbewijs van de patiënt gecontroleerd?

Ja  Nee  N.v.t