

Machtigingsformulier Zorgportaal voor praktijken

Via dit formulier kunt u als zorgverlener, een andere zorgverlener, werkzaam binnen dezelfde (groeps)praktijk, machtigen tot het inzien van de medische gegevens van uw patiënten via Zorgportaal.

Om uw aanvraag te verwerken, verzoeken we u om het formulier volledig in te vullen en te ondertekenen. Vervolgens kunt u dit formulier per post *) sturen naar:

Maasstad Ziekenhuis
Afdeling Strategie
T.a.v. Astrid Nolet-Noordhuizen
Locatiecode 3E3 044
Antwoordnummer 70016
3071 VB Rotterdam

Gegevens aanvrager	
UZI-nummer	
Achternaam	
Voorletters	
Voorvoegsels	
agb-code	

Praktijkgegevens	
Adres	
Postcode	
Plaats	
Telefoonnummer	
E-mailadres	

	Gemachtigde 1	Gemachtigde 2	Gemachtigde 3
UZI-nummer			
Achternaam			
E-mailadres			
Handtekening			

Bezoekadres
Maasstad Ziekenhuis
Maasstadweg 21
3079 DZ Rotterdam
Postadres
Postbus 9100
3007 AC Rotterdam
010-2911911
info@maasstadziekenhuis.nl
www.maasstadziekenhuis.nl

Opmerkingen

Ondertekening

Met ondertekening van dit formulier geeft u het Maasstad Ziekenhuis toestemming om namens u, de personen zoals genoemd onder 'Gegevens gemachtigde(n)', toegang te geven tot (medische) gegevens van de bij uw praktijk aangesloten patiënten. U verklaart verder akkoord te gaan met de bepalingen zoals opgenomen in 'Richtlijn Zorgportaal voor zorgverleners', die ter inzage wordt aangeboden op de website www.maasstadziekenhuis.nl/zorgverlenersportaal.

Datum _____

Plaats _____

Handtekening _____

