

## Aanvraag Machtiging tot inzage medisch dossier

Toegang tot cliëntportaal MijnReade

Met dit formulier vraag je een persoonlijke machtiging aan om via MijnReade inzage te krijgen tot de medische gegevens van je kind dat in behandeling is bij Reade.

*Voor cliënten onder de 16 is het niet mogelijk om met dit formulier een machtiging aan te vragen. Op [www.reade.nl/machtigingen](http://www.reade.nl/machtigingen) vind je meer informatie.*

Lever het ingevulde en ondertekende machtigingsformulier persoonlijk en samen met je kind in bij de balie van Reade en toon beiden een geldig identiteitsbewijs. Wordt je kind op school behandeld? Mail dan het ingevulde en ondertekende formulier naar de school. Op [www.reade.nl/over-ons/locaties](http://www.reade.nl/over-ons/locaties) staan de e-mailadressen van de scholen.

Heb je geen ouderlijk gezag en ben je voogd, mentor of curator? Dan dien je naast een ID-bewijs ook de originele en geldige beschikking van de rechtbank te tonen en een kopie af te geven.

Je ontvangt een bevestiging per e-mail als de machtiging gereed is. Bij het ondertekenen van dit machtigingsformulier geef je Reade toestemming om ingevulde e-mailadressen te gebruiken voor het toesturen van informatie.

**Zorg dat de contactgegevens correct en volledig zijn ingevuld, van aanvrager en kind. Dat is nodig om jullie te kunnen bereiken en dat zijn we verplicht.**

### Gegevens cliënt

Achternaam (zoals op ID). \_\_\_\_\_

Achternaam bij geboorte. \_\_\_\_\_ Voorletter(s) \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_ Geslacht    man    vrouw    non-binair

Straat + huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoon cliënt \_\_\_\_\_

E-mail cliënt \_\_\_\_\_

BSN-nummer \_\_\_\_\_

### Gegevens aanvrager

Achternaam (zoals op ID) \_\_\_\_\_

Achternaam bij geboorte \_\_\_\_\_ Voorletter(s) \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_ Geslacht man vrouw non-binair

Straat + huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoon Vast/werk \_\_\_\_\_ Mobiel \_\_\_\_\_

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

BSN nummer \_\_\_\_\_ Relatie tot cliënt \_\_\_\_\_

➤ Ik verklaar dat ik ouderlijk gezag heb over dit kind Ja Nee

### Handtekening aanvrager

Datum \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_

### Handtekening cliënt

Datum \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_

*De machtiging vervalt elk jaar automatisch op de verjaardag van de cliënt. Hierna kan een nieuwe machtiging aangevraagd worden.*

*Tussentijds stopzetten van de machtiging kan op elk gewenst moment.*

**Reade. Iedereen sterk.**