

## Voor volwassenen en kinderen vanaf 12 jaar

Door ondertekening van dit formulier bevestigt u dat onderstaande persoon als gemachtigde toegang krijgt tot uw digitale patiëntendossier via het patiëntenportaal Mijn Antonius van het St. Antonius Ziekenhuis. Met de ondertekening van dit machtigingsformulier verklaart u zich ervan bewust te zijn dat u onderstaande persoon toegang geeft tot uw gegevens. U kunt kiezen welke toegang u onderstaande persoon geeft:

- Uitgebreide toegang: de gemachtigde persoon heeft dan dezelfde rechten en toegang tot uw dossier als uzelf, met uitzondering van het wijzigen van het wachtwoord.
- Beperkte toegang: de gemachtigde persoon heeft geen toegang tot medische gegevens, maar kan wel afspraken maken en vragenlijsten invullen.

Om de machtiging in te laten gaan, is het noodzakelijk dat u samen met de persoon die u wilt machtigen aanwezig bent in het ziekenhuis, omdat u zich beide moet legitimeren met een geldig paspoort, ID-kaart of rijbewijs. U kunt hiervoor terecht bij het inschrijfbureau op onze locaties in Nieuwegein, Utrecht en Woerden.

In Mijn Antonius kunt u inzien welke personen u gemachtigd heeft voor uw patiëntendossier. Ook kunt u in Mijn Antonius op ieder moment een machtiging weer intrekken.

Op het gebruik van Mijn Antonius zijn de algemene voorwaarden en het privacybeleid van toepassing. Deze kunt u lezen op: [www.antoniusziekenhuis.nl/mijnantonius](http://www.antoniusziekenhuis.nl/mijnantonius)

Door Mijn Antonius te gebruiken, gaat u akkoord met deze algemene voorwaarden en het privacybeleid.

### Gegevens patiënt (eigenaar patiëntendossier):

Voorletters en achternaam:	
Geslacht:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode + Woonplaats:	

### Machtiging wordt aangevraagd voor (gemachtigde):

Voorletters en achternaam:	
Geslacht:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode + Woonplaats:	
(Mobiel) telefoonnummer:	
E-mailadres:	
Toegang tot uw gegevens:	Beperkte toegang / Uitgebreide toegang
Bent u zelf patiënt in het St. Antonius Ziekenhuis:	Ja / Nee
Geldig legitimatiebewijs: kruis aan welke u laat zien.	Paspoort / ID-kaart / Rijbewijs

### In te vullen door ziekenhuismedewerker:

Persoonsidentificatie gedaan door:	
(naam + functie medewerker)	
Paraaf:	
Datum:	

Plaats: ..... Datum: .....

Voor akkoord:

Handtekening patiënt:

Handtekening gemachtigde: