

Door ondertekening van dit formulier bevestigt u dat onderstaande persoon toegang krijgt tot uw digitale patiëntendossier MijnStjansdal. U verklaart zich bewust te zijn dat genoemde gemachtigde dezelfde rechten en toegang heeft als uzelf, met uitzondering van het wijzigen van het wachtwoord.

Via MijnStjansdal kunt u een machtiging elk moment weer intrekken. In MijnStjansdal ziet u wie u heeft gemachtigd om uw dossier in te zien.

Op het gebruik van MijnStjansdal zijn algemene voorwaarden van toepassing. Door MijnStjansdal te gebruiken, accepteert u deze voorwaarden. De voorwaarden kunt u lezen op www.stjansdal.nl/mijnstjansdal en mijnstjansdal.nl.

Toegang tot MijnStjansdal van (gegevens patient)*

Achternaam en voorletters: _____

M V

Patiëntnummer: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Toegang wordt aangevraagd voor (gegevens gemachtigde)

Achternaam en voorletters: _____

Patiëntnummer (indien ook patiënt): _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Mobiel nummer: _____

E-mailadres: _____

**In te vullen door
ziekenhuismedewerker**

Persoonsidentificatie is gedaan door:

Nummer van ID of rijbewijs:

Paraaf:

Voor akkoord

Handtekening patiënt:

Handtekening gemachtigde:

Voor iedere gemachtigde dient afzonderlijk een formulier ingevuld te worden
U kunt het formulier inleveren bij de balie Informatie & Afspraken in de centrale hal
***Vergeet niet uw legitimatie mee te nemen**

Ziekenhuis St Jansdal
Wethouder Jansenlaan 90
3844 DG Harderwijk
0341 - 463911 (algemeen)
0341 - 463890 (afspraken)
www.stjansdal.nl