



# Machtigingsformulier

## Somatische zorg

Datum aanvraag (*verplicht veld*)

Inrichting/instelling (*verplicht veld*)

Aanvragende justitieel geneeskundige  
(*verplicht veld*)

(zorg) mailadres voor retourzending  
(*verplicht veld*)

### 1 Vraagt een machtiging aan voor

Voorletters en achternaam (*verplicht veld*)

Geboortedatum (*verplicht veld*)

Detentienummer

Verrichting (*verplicht veld*)

Indicatie/diagnose (*verplicht veld*)  
(relevante medische gegevens  
als bijlage meezenden)

Patiënt is akkoord met inzage in  
Microhis. De aanvragende huisarts  
heeft dit met patiënt besproken  
en gedocumenteerd in Microhis.  
(*aanvinken indien akkoord*)  nee  ja

### 2 Detentiegegevens

Datum uit vrije maatschappij genomen  
(*verplicht veld*)

Detentie titel (*verplicht veld*)

Verwachte einddatum (*verplicht veld*)

Vervolg formulier op blad 2 van 2

### 3 Beoordeling medisch adviseur

Machtiging nummer

Beoordeling

Duur van de machtiging

Deze machtiging is geldig tot

Motivatie

Datum beoordeeld

Dag	Maand	Jaar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beoordeeld door  
(Handtekening)

**NB:** \* Eén aanvraag per formulier. \*Onvolledig ingevulde formulieren worden retour gezonden! \*De beoordeelde machtiging wordt door de zorgprofessional opgenomen in Microhis.