Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Justitie en Veiligheid

Machtigingsformulier
Somatische zorg

Datum aanvraag *(verplicht veld)* — Dag / Maand / Jaar

Inrichting/instelling *(verplicht veld)* — Naam inrichting/instelling

Aanvragende justitieel geneeskundige *(verplicht veld)* — e-mail

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

1 Vraagt een machtiging aan voor

Voorletters en achternaam *(verplicht veld)*

Geboortedatum *(verplicht veld)* — Dag / Maand / Jaar — Geslacht: ☐ man ☐ vrouw

Detentienummer

Verrichting *(verplicht veld)* — Maak hier een keuze

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

Patiënt is akkoord met inzage in het Elektronisch Patiënt Dossier. De aanvragende huisarts heeft dit met patiënt besproken en gedocumenteerd in het Elektronisch Patiënt Dossier.* *(verplicht veld)* ☐ nee ☐ ja

2 Detentiegegevens

Datum uit vrije maatschappij genomen *(verplicht veld)* — Dag / Maand / Jaar

Detentietitel *(verplicht veld)*

Verwachte einddatum *(verplicht veld)* — Datum

* *Voor de Justitiële Inrichting Caribisch Nederland betekent inzage in relevante onderdelen van het EPD, dat die onderdelen door de aanvragend arts aan de medisch adviseur worden toegestuurd.*

Vervolg formulier op blad **2** *van 2*

3 Beoordeling medisch adviseur

Machtiging nummer M A

Beoordeling Maak hier een keuze

Deze machtiging is geldig tot

Duur van de machtiging

Motivatie

Beoordeeld door
(*Handtekening*)

NB: *Eén aanvraag per formulier.*
Onvolledig ingevulde formulieren worden retour gezonden!
De beoordeelde machtiging wordt door de zorgprofessional opgenomen in het Elektronisch Patiënt Dossier.
Alle velden onder kopje 1 en 2 zijn verplicht om in te vullen.