Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Justitie en Veiligheid

Machtigingsformulier
Somatische zorg

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

Naam inrichting/instelling

Inrichting/instelling *(verplicht veld)*

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 medisch dossier. De aanvragende huisarts heeft dit met patiënt besproken en gedocumenteerd in het medisch 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 medisch dossier, 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 medisch dossier.
Alle velden onder kopje 1 en 2 zijn verplicht om in te vullen.