**Afhalen van medische documenten door ouder(s)**

**Ik**, ……………………………………………………………………. ……………(voornaam en naam)

**verklaar hierbij dat ik het ouderlijk gezag/voogdij uitoefen over de patiënt en dat ik gerechtigd ben om medische gegevens van de (verlengd) minderjarige patiënt af te halen.**

**Identiteitsgegevens van de (verlengd) minderjarige patiënt**

NAAM ………………………………………………………………………..

VOORNAAM ………………………………………………………………………..

ADRES ………………………………………………………………………..

TELNR ………………………………………………………………………..

GEBOORTEDATUM ………………………………………………………………………..

**Identiteitsgegevens van de ouder(s)/voogd die de medische gegevens zal afhalen**

NAAM ………………………………………………………………………..

VOORNAAM ………………………………………………………………………..

ADRES ………………………………………………………………………..

TELNR ………………………………………………………………………..

GEBOORTEDATUM ………………………………………………………………………..

***Handtekening ouder(s)/voogd die de medische gegevens zal afhalen***

Opgemaakt te………………………………………..

Datum ………………………………………………

***Handtekening patiënt (indien mogelijk)***

Opgemaakt te………………………………………..

Datum ………………………………………………

**Informatie**  : Conform artikel 373 Burgerlijk Wetboek wordt, ten opzichte van derden die te goeder trouw zijn, elke ouder geacht te handelen met de andere ouder wanneer hij alleen een handeling stelt die met gezag verband houdt.

Dit document is tevens in overeenstemming met de bepalingen uit artikel 12 en 14 van de Wet Patiëntenrechten dd. 22.08.2002 omtrent vertegenwoordiging van de (verlengd) minderjarige patiënt, en het feit dat voor de uitoefening van de patiëntenrechten rekening moet worden gehouden met de leeftijd en maturiteit van de minderjarige patiënt.