



# Machtigingsformulier

voor het opvragen van medische informatie  
in een bezwaarprocedure

Met dit formulier machtigt u hulpverleners zoals uw huisarts, specialist of behandelaar om gegevens over uw medische situatie aan het CIZ te verstrekken. Wij kunnen vragen naar gestelde diagnoses, de ernst van de problematiek, de behandeling en behandelopties. Daarnaast kunnen wij vragen om relevante correspondentie uit het verleden. Deze informatie kunnen wij nodig hebben om de aangevraagde Wlz-indicatie te beoordelen.

## Privacy

Het CIZ gaat zorgvuldig om met uw gegevens. Op onze website [www.ciz.nl/privacy](http://www.ciz.nl/privacy) kunt u lezen hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens. Ook vindt u daar welke gegevens wij van u verwerken en welke rechten u heeft.

## Wilt u meer informatie?

Kijk dan op [www.ciz.nl](http://www.ciz.nl) of bel ons op 088 - 789 10 00.

## 1. Gegevens verzekerde

Het gaat hier om de persoon die zorg nodig heeft.

Voorletters	Achternaam		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Man	<input type="radio"/> Vrouw
Straat		Huisnummer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Postcode	Plaats		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Geboortedatum			
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	- <input type="text"/>
Burgerservicenummer (BSN)			
<input type="text"/>			

## 2. Gegevens hulpverlener(s)

### Gegevens huisarts

Voorletters	Achternaam
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Huisartsenpraktijk	
<input type="text"/>	
Straat	Huisnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postcode	Plaats
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefoonnummer	
<input type="text"/>	

► Graag volledig invullen.  
Niet volledig invullen  
kan leiden tot vertraging  
in de behandeling van  
uw bezwaar.

## 2. Gegevens hulpverlener(s)

### Gegevens specialisten en/of behandelaars

*Naam specialist of behandelaar 1*

*Functie*

*Naam organisatie*

*Telefoonnummer*

*Straat*

*Huisnummer*

*Postcode*

*Plaats*

*Naam specialist of behandelaar 2*

*Functie*

*Naam organisatie*

*Telefoonnummer*

*Straat*

*Huisnummer*

*Postcode*

*Plaats*

*Naam specialist of behandelaar 3*

*Functie*

*Naam organisatie*

*Telefoonnummer*

*Straat*

*Huisnummer*

*Postcode*

*Plaats*

*Naam specialist of behandelaar 4*

*Functie*

*Naam organisatie*

*Telefoonnummer*

*Straat*

*Huisnummer*

*Postcode*

*Plaats*

## 2. Gegevens hulpverlener(s)

### Gegevens specialisten en/of behandelaars

*Naam specialist of behandelaar 5*

*Functie*

*Naam organisatie*

*Telefoonnummer*

*Straat*

*Huisnummer*

*Postcode*

*Plaats*

## 3. Wettelijk vertegenwoordiger

**Bij minderjarige kinderen gaat het hier om de ouders of voogd met gezag. In andere gevallen is een wettelijk vertegenwoordiger door de rechter aangewezen of notarieel gemachtigd.**

*Bent u een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde?*

- Nee. ▶ *Ga naar vraag 4. De verzekerde moet dit formulier ondertekenen.*  
 Ja. ▶ *Vul hieronder in.*

*Voorletters*

*Achternaam*

*Wat is uw relatie tot de verzekerde?*

- Curator  
 Mentor  
 Voogd met gezag  
 Ouder met gezag  
 Notarieel gemachtigde

Stuur een bewijs mee dat u wettelijk vertegenwoordiger bent (verplicht). Ouders met gezag hoeven dit niet mee te sturen.

- Ja**, ik stuur een bewijs mee dat ik wettelijk vertegenwoordiger ben. ▶ *Zorg dat u alle pagina's meestuurt.*

## 4. Ondertekening door verzekerde of wettelijk vertegenwoordiger

**Hierbij machtig ik de bij vraag 2 genoemde hulpverlener(s) tot het verstrekken van gegevens over de medische situatie van de verzekerde aan het CIZ.**

**De medisch adviseur van het CIZ vraagt de benodigde medische informatie bij de behandelaar(s) op en beoordeelt deze informatie.**

*Door te ondertekenen, verklaart u dat u het formulier naar waarheid heeft ingevuld. We nemen alleen ondertekende formulieren in behandeling.*

*Voorletters*

*Achternaam*

*Datum van ondertekening*

*Handtekening*

*Plaats*

Stuur het ingevulde formulier naar:

**CIZ**  
t.a.v. team  
Bezwaar en Beroep  
Postbus 2891  
3500 GW Utrecht

Fax: 088 - 789 10 11

**WWW.CIZ.NL**