

AANVRAAGFORMULIER

MijnETZ voor ouder(s)/voogd(en) van wilsonbekwame kinderen van 12 tot en met 15 jaar oud

Door ondertekening van dit formulier bevestigt u dat u als ouder/voogd de ouderlijke macht heeft en in die hoedanigheid toegang mag verkrijgen tot het digitale patiëntendossier MijnETZ voor onderstaande wilsonbekwame patiënt.

Om deze machtiging te verkrijgen dienen de volgende zaken aangeleverd te zijn:

1. Dit door de ouders/voogden en behandelend kinderarts (de kinderarts moet beoordelen of het kind wilsonbekwaam is) ondertekend aanvraagformulier;
2. Identificatie middels paspoort of ID kaart van het kind;
3. Identificatie middels paspoort of ID kaart van de aanvragend ouder/voogd;
4. Bij voogdijschap vragen wij een bewijs van gezag: een uittreksel uit het gezagsregister. Dit uittreksel kunt u aanvragen via uw rechtbank: <https://www.rechtspraak.nl/Registers/Gezagsregister/Paginas/default.aspx>; Bij twijfel kunnen we dit uittreksel ook in andere situaties van u vragen.
5. Zowel de patiënt als de ouder/voogd dienen ingeschreven te zijn bij het ETZ.
6. Bij de inlevering van dit formulier moet uw kind aanwezig zijn.

U bent verplicht elke wijziging in het ouderlijk gezag die van belang is voor de toegang tot MijnETZ te melden aan het ETZ.

Voor elk kind dient afzonderlijk een formulier ingevuld te worden. Als de andere ouder/voogd ook toegang wil, is een apart formulier nodig.

Zodra het kind de leeftijd van 16 jaar bereikt, vervalt de toegang tot MijnETZ van de ouders/voogden met ouderlijk gezag automatisch. Een wilsonbekwaam kind zal dan opnieuw beoordeeld moeten worden. Eventuele andere regels zijn vanaf dan van toepassing op de gemachtigden toegang. Hiervoor verwijzen wij u naar de website van het ETZ.

Op het gebruik van MijnETZ zijn algemene voorwaarden van toepassing. Door MijnETZ te gebruiken, accepteert u deze voorwaarden. De voorwaarden kunt u lezen op www.etz.nl en op www.mijnetz.nl.

Toegang tot MijnETZ van:

Achternaam en voorletters kind: _____ • M • V
Patiëntnummer: _____
Geboortedatum: _____
Adres: _____

Toegang wordt aangevraagd voor:

OUDER/VOOGD (doorhalen wat niet van toepassing is):

Heeft ouderlijk gezag: • JA • NEE
Achternaam en voorletters: _____
Patiëntnummer (als patiënt): _____
Geboortedatum: _____
Adres: _____
Emailadres: _____

Voor akkoord:

Handtekening ouder/voogd: _____

Handtekening behandelend kinderarts: _____

In te vullen door ziekenhuismedewerker Persoonsidentificatie is gedaan door: _____ _____ _____ Paraaf: _____
