

AANVRAAGFORMULIER

Voor ouder(s)/voogd(en) met ouderlijk gezag voor toegang tot MijnETZ van een kind onder de 12 jaar

Toegang tot MijnETZ van kinderen onder de 12 jaar is beperkt tot ouders/voogden met ouderlijk gezag. Om de machtiging voor u mogelijk te maken is naast dit ondertekende formulier het volgende nodig:

1. Identificatie middels paspoort of ID kaart van het kind;
2. Identificatie middels paspoort of ID kaart van de aanvragend ouder/voogd in persoon;
3. 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.
4. Zowel de patiënt als de ouder/voogd dienen ingeschreven te zijn bij het ETZ.

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 12 jaar bereikt, vervalt de toegang tot MijnETZ van de ouders/voogden met ouderlijk gezag automatisch. Kinderen hebben vanaf dan de mogelijkheid zelf toegang aan te vragen. Het ETZ adviseert ouders/voogden hun kinderen te begeleiden in het gebruik van MijnETZ. 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: _____

Handtekening: _____

Paraaf:

In te vullen door ziekenhuismedewerker
Persoonsidentificatie is gedaan door: