

# 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](http://www.etz.nl) en op [www.mijnetz.nl](http://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: