

# AANVRAAGFORMULIER

## MijnETZ voor ouders/voogden van wilsonbekwame kinderen van 16 tot en met 17 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.

**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 18 jaar bereikt, vervalt de toegang tot MijnETZ van de ouders/voogden met ouderlijk gezag automatisch. 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: \_\_\_\_\_

### Voor akkoord:

Handtekening ouder/voogd: \_\_\_\_\_

Handtekening behandelend kinderarts: \_\_\_\_\_

<b>In te vullen door ziekenhuismedewerker</b>
Persoonsidentificatie is gedaan door:
_____
Paraaf:
_____