

Aanvraagformulier inzage patiëntportaal MijnCWZ kinderen onder 12 jaar

Toegang tot MijnCWZ van kinderen onder de 12 jaar is beperkt tot ouders met ouderlijk gezag. Door ondertekening van dit formulier bevestigt u dat u beschikt over het ouderlijk gezag van onderstaand kind.

Zorgverleners van het CWZ hebben het recht op elk moment aan ouders te vragen het ouderlijk gezag aan te tonen en bij gebrek aan bewijs of in afwachting ervan de toegang tot MijnCWZ van het kind niet te verlenen of (tijdelijk) te beëindigen. U bent verplicht elke wijziging in het ouderlijk gezag die van belang is voor de toegang tot MijnCWZ te melden aan CWZ.

Zodra het kind de leeftijd van 12 jaar bereikt, vervalt de toegang tot MijnCWZ van de ouders met ouderlijk gezag. Kinderen vanaf 12 jaar hebben zelf toegang tot MijnCWZ. Wilt u als ouder dan opnieuw toegang en mee kunnen kijken, dan moet het kind hier schriftelijk mee instemmen.

Op het gebruik van MijnCWZ zijn [algemene voorwaarden](#) van toepassing. Door MijnCWZ te gebruiken, accepteert u deze voorwaarden.

Goed om te weten:

U kunt alleen inloggen in MijnCWZ, wanneer u bent ingeschreven bij CWZ, ook als u (momenteel) geen patiënt bent. Is dit niet het geval? Dan kunt u zich inschrijven bij de registratiebalie bij de hoofdingang van CWZ.

Vanwege de veiligheid kunt u alleen inloggen op MijnCWZ als uw BSN gecontroleerd is aan de hand van uw paspoort of ID-bewijs. U kunt uw ID-bewijs laten controleren bij de registratiebalie, bij de hoofdingang van CWZ.

Meer informatie

Kijk op www.mijncwz.nl/kind voor meer informatie over MijnCWZ.

Vragen over machtigingen? Kijk dan bij de [veelgestelde vragen](#).

Aanvraagformulier inzage patiëntportaal Mijn CWZ kinderen onder 12 jaar

Gegevens patiënt (eigenaar patiëntendossier)	
Voorletters en achternaam:	
Geslacht:	
Geboortedatum:	
<i>Adres:</i>	
<i>Postcode en Woonplaats:</i>	

Inzage wordt aangevraagd door:	
Voorletters en achternaam:	
Geslacht:	
Geboortedatum:	
<i>Adres:</i>	
<i>Postcode en Woonplaats:</i>	
<i>(Mobiel) telefoonnummer:</i>	
<i>E-mailadres:</i>	
Heeft u ouderlijk gezag ?	Ja/ Nee
<i>Bent u zelf ingeschreven in CWZ? Noteer eventueel uw patiëntnummer.</i>	Ja/ Nee

**Voor elk kind dient afzonderlijk een formulier ingevuld te worden.
Vergeet niet het legitimatiebewijs van uzelf en uw kind mee te nemen.**

Plaats: _____ Datum: ____ - ____ - ____

Handtekening aanvrager:
