

# Toestemmingsverklaring

**Naam patiënt:**

**Geboortedatum:**

Door middel van dit document wordt toestemming gegeven voor de behandeling bij Praktijk De Burcht en het opvragen van gegevens, indien nodig (*aankruisen waar u toestemming voor geeft*).

- Rapportages van voorgaande behandelingen
- Informatie van andere (eerdere) betrokken instanties
- Informatie van de betrokken school

Daarnaast wordt toestemming gegeven aan Praktijk De Burcht voor het verstrekken van informatie aan de huisarts en/of andere verwijzer (*aankruisen waar u toestemming voor geeft*).

- Inhoudelijk behandelverslag
- Melding van start en einde behandeling

De informatie die eventueel volgt uit bovenstaande zal onderdeel uitmaken van het patiëntdossier en wordt derhalve bewaard conform de wettelijke bewaartermijn voor de GGZ.

## **Wettelijk vertegenwoordiger(s) - indien de patiënt jonger dan 16 jaar is**

Indien beide ouders gezag hebben dan dienen beide ouders toestemming te verlenen. Indien er sprake is van gezag bij voogd in persoon, dan dient deze voogd te ondertekenen. Dit geldt **niet** voor gezag bij gecertificeerde instelling.

Naam vertegenwoordiger 1: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening:

Naam vertegenwoordiger 2: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening:

Naam vertegenwoordiger 3: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening:

## **Patiënt - indien hij of zij ouder is dan 12 jaar**

Datum: \_\_\_\_\_ Handtekening: