

Naam	
Geboortedatum	

Door middel van dit document wordt toestemming gegeven voor de behandeling bij Praktijk De Burcht.

Geeft u toestemming voor het opvragen en verstrekken van gegevens, indien nodig?

Aankruisen waar u toestemming voor geeft.

- Ja, voor rapportages van voorgaande behandelingen
- Ja, voor informatie van of aan andere (eerdere) betrokken instanties
- Ja, voor informatie van of aan de betrokken school
- Nee, geen toestemming voor het opvragen van gegevens

Geeft u toestemming voor het verstrekken van informatie aan de huisarts en/of andere verwijzer?

Aankruisen waar u toestemming voor geeft.

- Ja, voor een melding van start en einde behandeling
- Ja, voor een inhoudelijk behandelverslag
- Nee, geen toestemming voor het verstrekken van informatie

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:

Patiënt - 12 jaar en ouder

Datum:

Handtekening:

Wij ontvangen dit formulier graag ingevuld retour.

U kunt het met een scan per e-mail sturen aan intake@praktijkdeburcht.nl of per post aan:

Praktijk De Burcht, Raadhuislaan 2-051, 4251 VS Werkendam.