



TOESTEMMINGSFORMULIER INFORMATIE DELEN

Naam cliënt

Adres

Geboortedatum

Naam verzekeraar

Klantnummer verzekeraar

Datum van invullen

Ingevuld door

Rol en functie invuller

Met dit formulier vragen wij uw toestemming om informatie te delen met als doel:

- o vrijwillige, ondubbelzinnige en expliciete toestemming van de cliënt;
- o het uitvoeren van de zorg- en of dienstverleningsovereenkomst aan cliënt;
- o een gerechtvaardigd (bedrijfs)belang;
- o het nakomen van wettelijke verplichten in het kader van goede zorgverlening;
- o vitaal levensbelang van de cliënt;
- o noodzakelijke gegevensverwerking met het oog op het belang van een derde of de verantwoordelijke, tenzij dat belang strijdig is met het belang van de cliënt (belangenafweging). Enkele wettelijke voorbeelden hiervan zijn bepalingen in relatie tot het doorbreken van het beroepsgeheim door de Wet Meldcode, inzagerecht door Inspecteurs van de Gezondheidszorg, Inspectie Jeugdzorg en Toezichthouders WMO in het kader van de Wkkgz, WMO en Jeugdwet.

Met dit formulier geeft u toestemming voor onderstaande;

- o **Overdracht van informatie aan huisarts, specialist en/of andere behandelaar door onze organisatie: te weten;**
Naam
- Telefoon/email
- o **Opvragen van informatie bij huisarts, specialist en/of andere behandelaar door onze organisatie: te weten;**
Naam
- Telefoon/email
- o **Dossieroverdracht bij overname van zorg door onze organisatie aan: te weten;**
Naam
- Telefoon/email

Datum:

Naam:

Handtekening: