

• S.V.P. dit formulier volledig invullen.

• Vergeet niet om dit formulier te accorderen/ondertekenen.

• De velden met een * zijn verplicht indien van toepassing.

Betreft cliënt:

Voornaam*
Achternaam*
Adres*
Postcode*
Woonplaats*
Geboortedatum*

Geef je toestemming?

Ja Ik geef hierbij WEL (*) toestemming tot het opvragen van **(para) medische en/of psychosociale gegevens**
Nee Ik geef hierbij GEEN (*) toestemming tot het opvragen van **(para) medische en/of psychosociale gegevens**

Ja Ik geef hierbij WEL (*) toestemming tot het verstrekken van **relevante informatie aan artsen en/of andere betrokkenen betreffende cliënt.**
Nee Ik geef hierbij GEEN (*) toestemming tot het verstrekken van **relevante informatie aan artsen en/of andere betrokkenen betreffende cliënt.**

Uiteraard worden hierbij uiterste discretie en de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) in acht genomen.
Wij stellen je van tevoren op de hoogte van het opvragen en/of verstrekken van de gegevens.

Akkoord volwassene:

Datum:
Naam:

Handtekening:

Akkoord kind / jongere

Datum:	Datum:	Datum:
Naam kind / jongere:	Naam kind / jongere:	Naam kind / jongere:
Handtekening:	Handtekening:	Handtekening:

Contactgegevens

Telefoon: **053 478 7313**
E-mail: **receptie@doppazorg.nl**

Postadres: Hogelandsingel 148
7512 GJ Enschede