

Betreft cliënt:

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

Geef u 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 Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) in acht genomen.
Wij stellen u van tevoren op de hoogte van het opvragen en/of verstrekken van de gegevens.

Akkoord volwassene:

Datum:
Naam:

Handtekening:

Akkoord kind / jongere

Datum:
Naam kind / jongere:

Handtekening:

Contactgegevens

Telefoon: **085 00 79 000**
E-mail: **receptie@doppazorg.nl**

Postadres: Lasondersingel 166
7514 BX Enschede