



***Toestemmingsverklaring
overdracht persoons-, medische en/of psychologische gegevens***

Betreft cliënt:

Dhr./ mevr., geboren - - 19....., verleent hierbij toestemming aan de Praktijk voor PMT (verder te noemen behandelaar), om medische en/of psychologische informatie te verstrekken aan collega hulpverleners, school, werkgever (doorhalen wat niet van toepassing is) die zijn betrokken bij de behandeling van betreffende cliënt. Dit kan ondergetekende, of wettelijk vertegenwoordiger van betreffende cliënt zijn.

Dhr./ mevr. geeft toestemming om wederzijds, rechtstreeks, vertrouwelijke informatie te delen met de behandelaar via de mail. Daarbij valt te denken aan dossiergegevens, een beschikking van de gemeente en/of persoonsgegevens die nodig zijn voor de aanvraag hiervan.

Dhr./ mevr. geeft toestemming om wederzijds te communiceren met de behandelaar via mail, WhatsApp, sms en/of messenger over dagdagelijkse zaken aangaande de behandeling.

Ondertekening,

Datum:	Plaats:	Handtekening:
..... - -

Ondertekening door gemachtigde,

Datum:	Naam:	Telefoonnummer:
..... - -

Relatie tot zorgvrager.

.....	Handtekening:
.....