**Toestemmingsformulier**

Met dit formulier geef ik *Praktijk Annemieke* toestemming om gegevens over mij te verwerken. Het kan gaan om gegevens over mij die door *Praktijk Annemieke* worden geregistreerd, gegevens die worden opgevraagd bij andere hulpverleners of instellingen of gegevens over mij die door *Praktijk Annemieke* worden verstrekt aan anderen.

Ik geef toestemming onder deze voorwaarden:

* Mijn toestemming geldt alleen voor de hieronder beschreven redenen, gegevens en personen/instellingen. Voor nieuwe gegevensverwerkingen vraagt *Praktijk Annemieke* mij opnieuw om toestemming.
* *Praktijk Annemieke* informeert mij over de gegevens die over mij worden uitgewisseld en de gegevens die over mij worden geregistreerd. Dat betekent bijvoorbeeld dat *Praktijk Annemieke* mij uitlegt om welke specifieke gegevens het gaat en waarom deze gegevens noodzakelijk zijn om mij te kunnen helpen.
* Ik ben mij ervan bewust dat het niet geven van toestemming invloed kan hebben op de behandeling van *Praktijk Annemieke.*
* Als gegevens niet (meer) noodzakelijk zijn zal het *Praktijk Annemieke* deze niet registreren dan wel verwijderen.
* Ik kan ervoor kiezen om geen toestemming te geven of om alleen voor bepaalde delen toestemming te geven.
* Ik mag mijn toestemming op elk moment intrekken.
* Deze toestemming is een jaar geldig.

**Kruis aan voor welk persoonsgegeven je toestemming geeft om te verwerken**

[ ]  Gegevens over de gezondheid

[ ]  Gegevens over de gezinssituatie

**Het verwerken van deze gegevens is nodig omdat:**

Het voor mij belangrijk is te weten welke gezondheidsklachten al bestaan en of daar al hulp voor is gezocht in het reguliere circuit. Dit i.v.m. door- of terugverwijzen naar de behandeld arts.

Gegevens over de gezinssituatie zijn voor mij belangrijk omdat ik bij een scheiding, waarin het te behandelen kind jonger is dan 18 jaar, toestemming nodig heb van beide ouders.

Indien gewenst kunt u hieronder toestemming geven om uw gegevens te delen met een zorgaanbieder van uw keuze. Bijv. u huisarts of andere behandelaar. U kunt zelf aangeven welke gegevens gedeeld mogen worden.

Mijn gegevens mogen worden verstrekt aan

*1e behandelaar………………………………………………………………………………*

Het gaat om de volgende gegevens:

* …
* …
* …

Het verstrekken van deze gegevens is nodig omdat: …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………

*2e behandelaar……………………………………………………………………………………...*

Het gaat om de volgende gegevens:

* …
* …
* …

Het verstrekken van deze gegevens is nodig omdat:

…………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………

Datum ………………...

Handtekening

……………………………..