

**Akkoordverklaring**

Om u goede behandeling en begeleiding te kunnen bieden bij De Waalboog is het van belang dat wij (medische) gegevens opvragen bij uw huisarts en eventuele andere behandelaren en organisaties waarvan u zorg ontvangt of heeft ontvangen. Het gaat hierbij om informatie die nodig is om u te kunnen behandelen en/of te begeleiden.

Hierbij vragen wij uw toestemming om deze informatie op te vragen.

Met ondertekening van dit formulier geeft u uw huisarts en eventuele andere behandelaren of organisaties toestemming om uw (medische) gegevens aan ons te geven, als dat nodig is voor uw behandeling en/of begeleiding

**Cliënt:**

Naam : ……………………………………………………………………

Voornamen : ……………………………………………………………………

Straat en huisnummer : .………………………………………………………………….

Postcode en plaatsnaam : ……………………………………………………………………

Geboortedatum : ………………………………………………………………….

Burger Service Nummer : .…………………………………………………………………..

Of namens deze diens (wettelijk) vertegenwoordiger:

**Vertegenwoordiger**:

Naam : …….……………………………………………………………..

Straat en huisnummer : …….……………………………………………………………..

Postcode en plaatsnaam : ……………………………………………………………………

Telefoonnummer : ……….…………………………………………………………..

Geboortedatum : ..………………………………………………………………….

Relatie tot cliënt : ……………………………………………………………………

**Ondertekening**

Datum : …….……………………………………………………………..

Plaats : …….……………………………………………………………..

Handtekening : …….……………………………………………………………..