



Concordium

Orthopedagogische Praktijk

Concordiaweg 9, 4206 BA, Gorinchem

TOESTEMMINGSFORMULIER (0–18 jaar) Generalistische Basis GGZ voor het verrichten van onderzoek en/of behandeling en voor het opvragen/verstrekken van informatie

Naam kind:	Geslacht: jongen meisje
Geboortedatum kind:	BSN:
Naam vader/voogd/verzorger:	
Naam moeder/voogd/verzorger:	

Graag bij elke stelling aankruisen waarvoor u toestemming geeft.
Alleen een volledig ingevuld toestemmingsformulier kan in behandeling genomen worden.

Ouder(s)/verzorger(s) verleent/verlenen toestemming voor het verrichten van psychodiagnostisch onderzoek en/of behandeling bij zijn/haar/hun kind.	ja nee
Ouders(s)/verzorger(s) verleent/verlenen toestemming om gegevens uit het onderzoek en/of begeleiding terug te koppelen aan de verwijzer en/of huisarts.	ja nee
Ouder(s)/verzorger(s)/cliënt verleent/verlenen toestemming voor het opslaan van persoonlijke gegevens (digitaal en op papier) .	ja nee

Ouder(s)/verzorger(s) verleent/verlenen toestemming voor het opvragen en verstrekken van informatie bij derde(n) indien van belang voor het onderzoek en/of begeleiding			
Namelijk bij:	Naam instelling:	Toestemming opvragen informatie	Toestemming verstrekken informatie
<input type="checkbox"/> school		ja nee	ja nee
<input type="checkbox"/> logopedie		ja nee	ja nee
<input type="checkbox"/> fysiotherapie		ja nee	ja nee
<input type="checkbox"/> schoolarts		ja nee	ja nee
<input type="checkbox"/> medisch specialist		ja nee	ja nee
<input type="checkbox"/> (school)maatschappelijk werk		ja nee	ja nee
<input type="checkbox"/> anders, namelijk:		ja nee	ja nee

Vergeet niet uw handtekening(en) te zetten op de achterzijde!

Handtekening vader/voogd/verzorger : (doorhalen wat niet van toepassing is)	Handtekening moeder/voogd/verzorger : (doorhalen wat niet van toepassing is)
Naam:	Naam:
Datum:	Datum:
Plaats:	Plaats:

Indien het kind 12 jaar of ouder is moet ook het kind toestemming geven voor onderzoek en/of behandeling
Handtekening kind:
Naam:
Datum:
Plaats: