

Voornaam Client	
Achternaam Client	
Geboortedatum	
BSN	
Ziektekostenverzekering	
Polisnummer	
Adres	
Postcode , plaats	
Telefoonnummer	
E-mailadres	
Nr identiteitsbewijs	ID kaart.....paspoort.....
Huisarts	
Verwijzer (omcirkel:)	Huisarts ja / anders:
School	
Klas/loopbaan	
Leerkracht / mentor	
Telefoonnummer	

Gegevens ouders	Vader gezag ja / nee	Moeder gezag ja / nee
Voornaam		
Achternaam		
Geboortedatum		
Adres		
Postcode, plaats		
Telefoonnummer		
E-mailadres		
Gehuwd/samenwonend/ gescheiden		
Opleiding/ beroep		

Akkoord voor overleg met

huisarts ja/ nee

beknopte rapportage aan huisarts ja/ nee

school ja/ nee

Eerdere of op dit moment lopende andere hulpverlening:
Akkoord voor overleg met/ opvragen informatie bij

Ondergetekende (n) verklaren naar waarheid te hebben ingevuld of vader /moeder gezag dragend te zijn.

Ondergetekende(n) geven toestemming voor start van een psychologisch traject (diagnostiek en of behandeling) bij hun kind.

en

Ondergetekende(n) geven toestemming voor overdracht van gegevens van hun kind aan de gemeente en het centraal bureau voor de statistiek (CBS), overeenkomstig de daarvoor geldende wetgeving rondom privacy.

Eens per 5 jaar wordt onze praktijk gevisiteerd en worden er random een aantal dossiers geanonimiseerd gecheckt op volledigheid.

Er wordt geen diagnose informatie doorgegeven aan de gemeente bij zorg vallend onder de Basis GGZ.

Indien u bezwaar heeft tegen het uitwisselen van informatie kunt u dit aangeven op het privacydocument, dat ook te downloaden is via de website.

Voor akkoord getekend te

op datum:

Handtekening Jongere (va. 16 jaar)

Handtekening Vader

Handtekening Moeder
