**Formulier: Toestemming rechten voor cliëntendossier**

*Formulier sturen naar (intern):* *info@asvz.nl* *(extern): ASVZ – t.a.v. Kwaliteit – Prisma 67 – 3364 DJ Sliedrecht*

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam en voorletters cliënt:** |  |
| **Geboortedatum cliënt:** |  |
| **Adres cliënt of (wettelijk) vertegenwoordiger:** |  |
| **Telefoonnummer cliënt of (wettelijk) vertegenwoordiger:**  |  |
| **Email cliënt of (wettelijk) vertegenwoordiger:**  |  |
| **Naam en voorletters (wettelijk) vertegenwoordiger cliënt (indien van toepassing):** |  |
| **Relatie van (wettelijk) vertegenwoordiger t.a.v. cliënt:**  |  |

**Kruis hieronder aan van welk recht je gebruik wil maken:**

**0** **Bekijken van het dossier**
Je kan het dossier of delen daarvan bekijken op locatie. Je krijgt geen kopie.

**0** **Opvragen of delen van het totale dossier (kopie)**
🡪 G*a verder met het invullen van het toestemmingsformulier op pagina 3 als het dossier naar andere personen of organisaties gaat.*

**0** **Opvragen o**f **delen van een deel van het dossier (kopie)**
🡪 G*a verder met het invullen van het toestemmingsformulier op pagina 3 als het dossier naar andere personen of organisaties gaat.*

**0** **Aanpassen van een fout in het dossier; feitelijke gegevens (zoals leeftijd en naam) laten aanpassen als deze gegevens niet kloppen**

**0** **(Tijdelijk) stoppen met het verwerken of wijzigen van persoonsgegevens als feiten niet kloppen of als de gegevens niet meer nodig zijn**

**0** **Verzet of bezwaar (je bent het niet eens met de inhoud van het dossier)**

**0 Recht op gegevens die je zelf hebt ingevuld mee te nemen**

**0** **Recht op verwijderen van de gegevens; je mag (het grootste deel) van je dossier laten verwijderen
🡪** *Ga verder met het invullen van het toestemmingsformulier op pagina 5.*

|  |
| --- |
| **Reden van de aanvraag:** |

**Bijlagen: ja/ nee**

**Aantal bijlagen:**

**Plaats:**

**Datum:**

**Handtekening cliënt:**

**Handtekening (wettelijk) vertegenwoordiger:**

**Toestemmingsformulier**

**ASVZ gaat goed om met persoonlijke gegevens. Voor het opvragen en delen van de volgende informatie vragen wij jouw toestemming.**

Hierbij geef ik / geven wij[[1]](#footnote-1) toestemming aan ASVZ voor het opvragen/delen
van de volgende informatie:

* *………………………………………………………………………………………….*
* *………………………………………………………………………………………….*
* ………………………………………………………………………………………….
* Voor het delen van informatie met het regioteam Diagnostiek & Behandeling van ASVZ. Zij gebruiken deze informatie voor de voorbereiding en uitvoering van onderzoek en/of behandeling van de cliënt.
Het dossier wordt gedeeld door: …………………………………………………….

Deze informatie wordt opgevraagd bij en/of gedeeld met:

Naam instelling, hulpverlener, specialist, etc.

* …………………………………………………………………..
* …………………………………………………………………..

De reden dat deze informatie opgevraagd en/of gedeeld wordt is:

* Reden 1: …………………………………………………………………………………………
* Reden 2: …………………………………………………………………………………………

**Naam en voorletters cliënt:**

**Geboortedatum:**

**Datum:**

**Handtekening cliënt en/of ouder of (wettelijk) vertegenwoordiger:[[2]](#footnote-2)**

**Formulier: Verzoek gegevens verwijderen cliëntdossier***Formulier sturen naar (intern):* *info@asvz.nl* *(extern): ASVZ – t.a.v. Kwaliteit – Prisma 67 – 3364 DJ Sliedrecht*

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam en voorletters cliënt:** |  |
| **Geboortedatum cliënt:** |  |
| **Adres cliënt of (wettelijk) vertegenwoordiger:** |  |
| **Telefoonnummer cliënt of (wettelijk) vertegenwoordiger:**  |  |
| **Email cliënt of (wettelijk) vertegenwoordiger:**  |  |
| **Naam en voorletters (wettelijk) vertegenwoordiger cliënt (indien van toepassing):** |  |
| **Relatie van (wettelijk) vertegenwoordiger t.a.v. cliënt:**  |  |

Ondergetekende vraagt hierbij om verwijderen van zijn of haar gegevens:

0 het hele dossier

0 een deel van het dossier, namelijk: ……………………………………………………….

Reden:

0 niet langer nodig / geen doel

0 niet op de juiste manier verwerkt

0 geen reden meer om te bewaren

0 wettelijke plicht tot verwijderen

0 intrekken toestemming  *(Dit geldt alleen voor wat na toestemmingverlening verzameld is.)*

**Plaats:**

**Datum:**

**Handtekening cliënt:**

**Handtekening (wettelijk) vertegenwoordiger:**

Als je vraagt om verwijderen van gegevens kan ASVZ zich in de toekomst niet meer verdedigen tegen een claim of aansprakelijkheid naar aanleiding van de door ASVZ verleende zorg. Als je definitief kiest voor verwijderen kan je geen aanspraak meer doen tegenover ASVZ. En verleen je ASVZ definitieve afwikkeling over alle in het verleden verleende zorg.

ASVZ voldoet:

O wel aan het verzoek

O niet aan het verzoek, omdat: ……………………………………………………….……..

1. Doorhalen wat niet van toepassing is [↑](#footnote-ref-1)
2. Voor cliënten jonger dan 12 jaar moeten de wettelijk vertegenwoordiger(s) toestemming geven om informatie te geven over de cliënt. Bij cliënten van 12 tot 16 jaar moeten zij zelf én de wettelijk vertegenwoordiger(s) toestemming geven. Als de cliënt niet wilsbekwaam is om te beslissen, geven de ouders en/of wettelijk vertegenwoordiger(s) plaatsvervangende toestemming. [↑](#footnote-ref-2)