



Formulier: Toestemming rechten t.a.v. cliëntendossier

Naam en voorletters cliënt:

Geboortedatum cliënt:

Wettelijk vertegenwoordiger cliënt (indien van toepassing):

Relatie cliënt: *gezaghebbend ouder / curator / mentor / mentor & bewindvoerder / gemachtigde:*

Adres cliënt of vertegenwoordiger:

Telefoonnummer cliënt of vertegenwoordiger:

Email cliënt of vertegenwoordiger:

Ondergetekende verzoekt hierbij om gebruik te maken van het recht op:

- Inzage** (er wordt geen kopie aangeleverd, inzien van dossier of delen daarvan op locatie)
- Delen/ Opvragen van (Kopie) totale dossier**, *ga verder met het invullen van het toestemmingsformulier op pagina 2 als het dossier naar derden gaat.*
- Delen/ Opvragen van deel van het dossier**, *ga verder met het invullen van het toestemmingsformulier op pagina 2 als het dossier naar derden gaat.*
- Rectificatie**
- Beperking van de verwerking**
- Verzet/ bezwaar**
- Recht op gegevens die je zelf hebt ingevoerd mee te nemen**

Motivatie van het verzoek:

Bijlagen: ja/ nee **Aantal bijlagen: / n.v.t.**

Plaats:

Datum:

Handtekening cliënt:

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger:

Formulier sturen naar: ASVZ- t.a.v. Kwaliteit – Prisma 67 – 3363 DJ Sliedrecht



ASVZ vindt het belangrijk om zorgvuldig met persoonlijke gegevens om te gaan. Voor het delen en opvragen van de volgende informatie vragen wij uw toestemming.

Hierbij geef ik, geven wij¹, toestemming aan ASVZ voor het delen/opvragen van de volgende informatie:

- *Soort informatie 1:*
.....
- *Soort informatie 2:*
.....
- *Soort informatie 3:*
.....
- Voor het verstrekken van informatie aan het regioteam Diagnostiek & Behandeling van ASVZ. Deze informatie zal door het regioteam Diagnostiek & Behandeling worden gebruikt voor de voorbereiding en uitvoering van onderzoek en/of behandeling van cliënt, namelijk:.....

Deze informatie wordt gedeeld met/opgevraagd bij:

Naam instelling, hulpverlener, specialist, etc.

-
-

De reden dat deze informatie gedeeld/opgevraagd wordt is:

- Reden 1:
.....
- Reden 2:
.....

Naam en voorletters cliënt:

Geboortedatum:

Datum:

Handtekening cliënt en/of ouder / vertegenwoordiger:²

Formulier sturen naar: ASVZ- t.a.v. Kwaliteit – Prisma 67 – 3363 DJ Sliedrecht

¹ Doorhalen wat niet van toepassing is

² **Voor cliënten jonger dan 12 jaar geldt dat de wettelijk vertegenwoordiger(s)** toestemming moeten geven om informatie te verstrekken over de cliënt. Voor cliënten **van 12 tot 16 jaar moeten deze 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.