|  |
| --- |
| **Toestemmingsformulier** **Huisartsen Consultatie Jeugdhulp (HaCJe)** |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |  |
| **Naam cliënt** |  |
|  |  |
| **Geboortedatum** |  |
|  |  |
| **BSN** |  |
|  |  |
| **Adres** |  |
|  |  |
| **Postcode/woonplaats** |  |
|  |  |
| **Geeft hierbij** | wel [ ]  geen [ ]  toestemming aan HaCJe om gegevens op te vragen bij derden die passend zijn bij de hulpvraag van de cliënt en deze te bespreken. |
|  |  |
| **Geeft hierbij** | wel [ ]  geen [ ]  toestemming aan HaCJe om medische gegevens en medisch dossier op te vragen indien wenselijk. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **GGeeft hierbij** | wel [ ]  geen [ ]  toestemming aan Amsta om gegevens op te vragen die nodig zijn om de hulp vanuit Amsta te continueren. |

 | wel [ ]  geen [ ]  toestemming aan HaCJe om gegevens te delen met derden indien nodig. |
|  |  |
| **Datum** |  |
|  |  |
| **Handtekening\******Alleen verplicht bij 12+*** |  |
|  |  |

**Indien van toepassing ondergetekende, ouder van/wettelijk vertegenwoordiger\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam** |       |
|  |  |
| **Wettelijk vertegenwoordiger / ouder** |       |
|  |  |
| **Telefoonnummer / Emailadres** |       |
|  |  |
| **Ondertekening** |       |
|  |  |
|  |  |

**\*Bij deze ga je akkoord met de doorverwijzing vanuit huisarts naar team ‘Huisartsen Consultatie Jeugdhulp’ (HaCJe).**

    