TOESTEMMINGSFORMULIER \*

Het kan voor een zorgvuldige hulpverlening van belang zijn om informatie uit te wisselen met een andere instantie waarmee u contact heeft gehad of contact zal hebben. Zo kunnen we bekijken welke ondersteuning zinvol voor u kan zijn. Ook is het van belang dat de gemeente waar u ingeschreven staat een (aantal) persoonsgegevens registreert en uw persoonlijk actieplan (PAP) ontvangt om er op toe te zien dat u de juiste zorg- en dienstverlening op het juiste moment ontvangt.

VERZOEK TOT INFORMATIE AAN DERDEN

Ik geef SMO Breda e.o. toestemming om de bij SMO Breda e.o. bekende persoonsgegevens van mij (waaronder het PAP) te delen met de gemeente waar ik ingeschreven sta. Dit zodat de gemeente kan volgen, of ik de juiste zorg- en dienstverlening ontvang (dit is alleen maar van toepassing als ik een WMO indicatie via de gemeente heb). Daarnaast aan de volgende zorg- en welzijnsorganisaties die betrokken zijn bij de hulpverlening aan mij, voor zover deze persoonsgegevens nodig zijn in het belang van een goede hulp-of dienstverlening. De informatie wordt centraal geregistreerd in het registratiesysteem van SMO Breda e.o. (Myneva) en in het registratiesysteem van alleen die organisaties die betrokken zijn bij de hulpverlening aan u.

Het kan gaan om de volgende instanties:

[ ]  Huisarts en huisartsenpost

[ ]  Ziekenhuizen/specialisten

[ ]  Psychologen

[ ]  Thuiszorginstellingen

[ ]  Fysio/ergotherapeuten

[ ]  GGZ instellingen

[ ]  Instellingen van verslavingszorg

[ ]  GGD instellingen

[ ]  Veiligheidshuis

[ ]  Belastingdienst

[ ]  Politie

[ ]  Maatschappelijk werk

[ ]  Woningbouwverenigingen

[ ]  Anders, nl. ……………………………………….

De toestemming verloopt zodra het begeleidingstraject wordt afgesloten. De persoonsgegevens worden vervolgens na 7 jaar vernietigd.



ONDERTEKENING

Naam:

Geboortedatum:

Plaats:

Datum:

Handtekening:

\*E.e.a. is in overeenstemming met het privacyreglement persoonsgegevens cliënten van SMO Breda e.o.

Indien van toepassing: reden van geen ondertekening: