

**Aanmeldingen kunnen alleen in behandeling worden genomen na ontvangst van dit volledig ingevulde en ondertekende formulier, voorzien van (de eventueel benodigde) bijlages.**

**AKKOORDVERKLARING AANMELDING;**

**CLIENTGEGEVENS:**

Naam: ..... Voornaam: .....

Geboortedatum : .....

Adres: .....

Postcode en woonplaats: .....

Telefoonnummer: .....

Emailadres: .....

BSN nr.: .....

Zorgverzekeraar: ..... Relatienummer: .....

Naam ouder/vertegenwoordiger: .....

*Vul het adres van de vertegenwoordiger alleen in als dit afwijkt van het adres van de cliënt.*

Adres ouder/vertegenwoordiger: .....

Postcode en woonplaats: .....

Tel ouder/vertegenwoordiger/ouder:.....

Relatie tot de cliënt: Ouder/curator\*\*\*/mentor/anders nl:.....

Naam 2<sup>e</sup> ouder/vertegenwoordiger\* :.....

Adres 2<sup>e</sup> ouder/vertegenwoordiger:.....

Postcode en woonplaats:.....

Tel 2<sup>e</sup> ouder/vertegenwoordiger:.....

Relatie tot de cliënt: Ouder/curator\*\*\*/mentor/anders nl.:.....

**AKKOORDVERKLARING:**

Hierbij verklaar ik / verklaren wij, ouder(s) / wettelijk vertegenwoordiger(s),  
akkoord te gaan met de aanmelding bij Prinsensichting/Zodiak (doorhalen wat niet van toepassing is)

Handtekening cliënt (\*\*\*) .....

Handtekening ouder/vertegenwoordiger (1) : .....

(\*)Bij kinderen onder de 16 jaar hebben wij van **beide** gezagsdragers naam, relatie tot de cliënt en handtekeningen nodig  
(\*\*) Wanneer de cliënt 12 jaar of ouder is en wilsbekwaam om toestemming te verlenen voor onderzoek en/of behandeling, dient dit formulier ook door hem/haar te worden ondertekend.  
(\*\*\*) Indien cliëntvertegenwoordiger mentor of curator is, graag beschikking van de rechtbank meesturen.  
Versie: 15 juli 2019

Handtekening ouder/vertegenwoordiger (2)\* :  
.....

**TOESTEMMINGSFORMULIER OPVragen EN UITWISSELEN CLIENTGEGEVENS:**

**N.B.: Indien er sprake is van behandeling, zal de huisarts altijd geïnformeerd worden over het verloop.**

Ik geef toestemming voor het - indien noodzakelijk - opvragen en uitwisselen van gegevens:

- binnen Prinsensichting/Zodiak;
  - de aanmelder/verwijzer;
  - het CIZ, WMO-loket of jeugdteam;
  - overige betrokken hulpverleners (therapeuten, schoolmedewerkers etc.)
- Ja, ik ga akkoord                       Nee, ik ga niet akkoord

Ik geef toestemming aan de AVG (Arts voor Verstandelijk Gehandicapten) en/of gedragskundige van Prinsensichting/Zodiak om medische-/behandelgegevens op te vragen dan wel beschikbaar te stellen aan andere betrokken behandelaars.

- Ja, ik ga akkoord                       Nee, ik ga niet akkoord

Ik geef toestemming tot het delen van informatie over medicatie, allergie en contra-indicaties tussen AVG en apotheek.

- Ja, ik ga akkoord                       Nee, ik ga niet akkoord

Ik geef toestemming tot delen van een samenvatting van de medische gegevens met het landelijk schakelpunt (LSP) t.b.v. huisartsenpost, apotheek en specialist.

- Ja, ik ga akkoord                       Nee, ik ga niet akkoord

*Indien na aanmelding cliënt toch niet in zorg komt, vernietigen wij de opgevraagde gegevens en verstrekken wij geen behandelgegevens aan derden.*

Handtekening cliënt (\*\*) .....

Handtekening ouder/vertegenwoordiger(1): .....

Handtekening ouder/vertegenwoordiger (2)\*: .....

Datum van ondertekening: ...../...../.....

(\*) Bij kinderen onder de 16 jaar hebben wij van **beide** gezagsdragers naam, relatie tot de cliënt en handtekeningen nodig  
(\*\*) Wanneer de cliënt 12 jaar of ouder is en wilsbekwaam om toestemming te verlenen voor onderzoek en/of behandeling, dient dit formulier ook door hem/haar te worden ondertekend.  
(\*\*\*) Indien cliëntvertegenwoordiger mentor of curator is, graag beschikking van de rechtbank meesturen.  
Versie: 15 juli 2019

**Betrokken behandelaars/zorgorganisaties**

Huisarts : .....

Adres : .....

Postcode / Woonplaats : .....

**Apotheek**Apotheek : .....  
(medicatieoverzicht van apothek meesturen)

Adres en plaatsnaam : .....

Telefoonnummer : .....

**Overige betrokken behandelaars/zorgorganisaties**

Naam ziekenhuis/zorgorganisatie/GGZ-instelling : .....

Naam behandelaar : .....

Naam ziekenhuis/zorgorganisatie : .....

Naam behandelaar : .....

**Graag ontvangen wij van u:**

1. dit volledig ingevulde, ondertekende formulier
2. indien mentor/curator: beschikking rechtbank

**Indien aanmelding voor behandeling bij arts verstandelijk gehandicapten op de polikliniek (niet voor wonen en/of ODC):**

3. actueel medicatieoverzicht van apothek
4. verwijfsbrief (indien nog niet door arts verstuurd)

**Prinsenstichting**  
**t.a.v. Bureau Cliëntondersteuning**  
**Antwoordnummer 127 (postzegel is niet nodig)**  
**1440 VB Purmerend**

**Via email : [bco@prinsenstichting.nl](mailto:bco@prinsenstichting.nl)**

(\*)Bij kinderen onder de 16 jaar hebben wij van **beide** gezagsdragers naam, relatie tot de cliënt en handtekeningen nodig  
(\*\*) Wanneer de cliënt 12 jaar of ouder is en wilsbekwaam om toestemming te verlenen voor onderzoek en/of behandeling, dient dit formulier ook door hem/haar te worden ondertekend.  
(\*\*\*) Indien cliëntvertegenwoordiger mentor of curator is, graag beschikking van de rechtbank meesturen.  
Versie: 15 juli 2019

