

Toestemmingsverklaring

voor het verstrekken van relevante medische gegevens aan de
Regionale Casuïstiektafel Noord-Nederland – Hoog complexe ggz

Ondergetekende:

Naam patiënt: _____

Geboortedatum: _____

verleent hierbij toestemming om, in verband met het in behandeling nemen van de aanvraag voor een behandelaanbod op maat, zijn/haar relevante medische gegevens te delen met de deelnemers aan de Regionale Casuïstiektafel Noord-Nederland – Hoog complexe ggz.

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening Ondergetekende:

=====

Indien van toepassing: wettelijk vertegenwoordiger

Naam wettelijk vertegenwoordiger: _____

Handtekening Wettelijk vertegenwoordiger:
