

NeuroPhysics Therapy Utrecht

Toestemmingsformulier voor het delen van informatie met derden

Soms vragen externe partijen, zoals artsen of verzekeraars, om informatie over uw behandeling. Om uw privacy te beschermen, kan deze informatie alleen worden gedeeld wanneer u daar expliciet toestemming voor geeft. Met dit formulier kunt u aangeven met wie informatie gedeeld mag worden en welke gegevens dit betreft.

Gegevens cliënt

Naam cliënt:

Geboortedatum:

Informatieontvanger

Naam partij/persoon:

Functie of organisatie:

Doel van het delen van informatie

.....

.....

Ik geef toestemming voor het delen van de volgende informatie:

- ☐ Behandelplan
- ☐ Diagnostische gegevens
- ☐ Behandelvoortgang
- ☐ Beëindigingsverslag
- ☐ Anders, namelijk:

Ik begrijp dat deze informatie alleen wordt gedeeld met bevoegde professionals en dat ik mijn toestemming op elk moment kan intrekken.

Ondertekening

Plaats:

Datum:

Handtekening cliënt: