**Toestemmingsformulier voor verwerking van persoonsgegevens**

Met dit formulier geef ik,

Naam: …………………………………………………………………………………………………………

Adres: …………………………………………………………………………………………………………

Postcode en woonplaats: …………………………………………………………………………………………………………

toestemming voor het uitwisselen van gegevens tussen organisaties die samen werken aan de levensloopfunctie. Deze gegevens zijn nodig om de hulpverlening en de voortgang van de hulpverlening te optimaliseren.

Hieronder geef ik aan voor welke gegevensverwerkingen ik toestemming geef.

Ik geef toestemming onder deze voorwaarden:

* Mijn toestemming geldt alleen voor de gegevens over (de voortgang van) aan mij geboden hulp en dienstverlening van en aan ondergenoemde personen/instellingen. Voor nieuwe gegevens en/of personen vraagt Klik hier als u tekst wilt invoeren. (hierna; de zorgverlener) mij opnieuw toestemming.
* De zorgverlener vertelt mij welke gegevens er over mij worden uitgewisseld.
* Als gegevens niet (meer) noodzakelijk zijn zullen de betrokken instanties deze niet registreren dan wel verwijderen.
* Ik kan ervoor kiezen om geen toestemming te geven of om alleen voor bepaalde onderdelen toestemming te geven. Ik mag mijn toestemming op elk moment intrekken. De zorgverlener legt uit wat de gevolgen voor mijn hulpverlening zijn als ik (voor bepaalde) gegevens of personen geen toestemming geef of deze intrek.
* De toestemming is geldig voor de duur van de hulpverlening in het kader de levensloopfunctie.

Gegevens over de geboden hulp en dienstverlening en de voortgang mogen worden opgevraagd/afgegeven aan:

*Samenwerkende instanties voor de levensloopfunctie*

Huisarts **ja nee**

Vincent van Gogh **ja nee**

de Rooyse Wissel **ja nee**

Mondriaan **ja nee**

STEVIG **ja nee**

Veiligheidshuis **ja nee**

Gemeente ……………………….. **ja nee**

Politie **ja nee**

Reclassering **ja nee**

Openbaar Ministerie **ja nee**

Datum:……………………………………

Handtekening: Handtekening wettelijk vertegenwoordiger

(indien van toepassing)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam cliënt naam vertegenwoordiger

………………………………………. ……………………………………………………………