### Bijlage 8 Toestemmingsverklaring opvragen informatie

Ondergetekende

Naam en voorletters: …………..…………………………………………………….…

Geboortedatum: ………………………………………………………………..…

Adres: …………………………………………………………….…….

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

geeft toestemming aan de arts, de heer/mevrouw (*naam*) van de (*naam JGZ-organisatie*) contact op te nemen met onderstaande behandelaars

Naam behandelaar: …………………………………………………………….…….

Functie: …………………………………………………………….…….

Instelling: …………………………………………………………….…….

Telefoonnummer: …………………………………………………………….…….

Naam behandelaar: …………………………………………………………….…….

Functie: …………………………………………………………….…….

Instelling: …………………………………………………………….…….

Telefoonnummer: …………………………………………………………….…….

en machtigt deze behandelaars inlichtingen te verstrekken over de gezondheids- en/of welzijnstoestand en behandeling van:

Naam en voorletters: …………..…………………………………………………….…

Geboortedatum: ………………………………………………………………..…

Adres: …………………………………………………………….…….

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

**Datum Handtekening ouders Handtekening jongere**

* Wanneer uw kind 12 jaar of ouder is, is toestemming van ouder en kind nodig
* Is uw kind ouder dan 16 jaar dan moet deze het formulier zelf invullen en ondertekenen. De handtekening van de ouder is in dat geval niet vereist