

Toestemmingsverklaring

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

(plaats), *(datum)*

..... (handtekening patiënt)

..... (handtekening wettelijk vertegenwoordiger)

Gelieve deze toestemmingsverklaring in te vullen en te sturen naar het Noordelijke.Regiotafel.HCZ@ggzfriesland.nl.