TOESTEMMINGSVERKLARING

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

We willen een aantal zaken regelen om jou goed te kunnen ondersteunen. Voor het bieden van passende zorg is het belangrijk dat we de juiste gegevens van jou hebben en kunnen uitwisselen. Wij hebben hiervoor jouw toestemming nodig. Dat staat in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG ), de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) en de Jeugdwet. Dit formulier is bedoeld voor het verkrijgen van die toestemming.

Pluryn heeft twee folders gemaakt die uitleggen wie wij zijn, hoe wij met jouw gegevens omgaan, wat jouw rechten zijn en welke afspraken wij graag met jou willen maken:

* Cliëntenfolder “[Mijn afspraken met Pluryn](https://www.pluryn.nl/-/media/pluryn-corporate/folders-brochures-leaflets-pdf/clientenfolders/clientenfolder-mijn-afspraken-met-pluryn.pdf)”
* Cliëntenfolder “[Zijn jouw gegevens veilig](https://www.pluryn.nl/-/media/pluryn-corporate/folders-brochures-leaflets-pdf/clientenfolders/clientenfolder-zijn-jouw-gegevens-veilig.pdf)?”

Deze folders horen bij dit formulier en je kunt deze vinden op onze [website](https://www.pluryn.nl/over-pluryn/folders/clientfolders). Je kunt deze ook kosteloos opvragen bij het Klantenbureau: [klantenbureau@pluryn.nl](mailto:klantenbureau@pluryn.nl).

TOESTEMMINGEN voor ………………………………………………….………………… (naam cliënt)

**Graag per onderwerp wel of geen toestemming geven. Daarna kun je het formulier ondertekenen.**

Ik geef toestemming voor:

**1.** Het opvragen van aanvullende/noodzakelijke gegevens bij mijn (huis)arts of een andere instantie, zoals een vorige (behandel)instelling, GGD of specialist in het ziekenhuis.

*Toelichting: Deze gegevens gebruiken wij voor het beoordelen van jouw hulpvraag bij Pluryn of gebruiken wij voor diagnostiek en het bepalen van behandelbeleid en/of begeleidingsplan. Deze worden alleen opgevraagd als de beschikbare gegevens niet voldoende zijn.*

**🞏 Ja (wel toestemming) 🞏 Nee (geen toestemming)**

**2.** Het uitwisselen van noodzakelijke (medische) gegevens tijdens mijn verblijf bij Pluryn, met andere medische instanties in geval van ziekenhuisopname en spoedeisende hulp.

**🞏 Ja (wel toestemming) 🞏 Nee (geen toestemming)**

**3.** Het opvragen en verstrekken van noodzakelijke gegevens aan scholen, als dat nodig is in het kader van de behandeling en/of begeleiding en het volgen van onderwijs/dagbesteding en indien van toepassing.

**🞏 Ja (wel toestemming) 🞏 Nee (geen toestemming)**

**4.** Het verstrekken van noodzakelijke gegevens over het verloop van de behandeling, aan plaatsende, begeleidende en/of vervolginstanties.

**🞏 Ja (wel toestemming) 🞏 Nee (geen toestemming)**

**5.** Het verstrekken van gegevens voor het aanvragen van een (her)indicatie.

**🞏 Ja (wel toestemming) 🞏 Nee (geen toestemming)**

**6.** Het maken van beeld- en geluidsopnamen die we gebruiken voor de scholing van medewerkers. Pluryn gebruikt deze opnamen alleen intern.

**🞏 Ja (wel toestemming) 🞏 Nee (geen toestemming)**

**7.** Het maken van beeldopnamen binnen een woonlocatie en/of bij activiteiten van deze woonlocatie. Het beeldmateriaal wordt alleen gebruikt binnen de betreffende woonlocatie.   
*Toelichting: Denk dan aan foto’s van een uitje die op het prikbord gehangen worden.*

**🞏 Ja (wel toestemming) 🞏 Nee (geen toestemming)**

**8.** Het afnemen van vragenlijsten en het inzien van dossiers voor wetenschappelijk onderzoek.

*Toelichting: Deze onderzoeksgegevens (ROM-gegevens) worden gebruikt voor het maken van wetenschappelijke en/of kwaliteitsanalyses. Hiervoor worden de gegevens anoniem gemaakt. Dat wil zeggen dat de resultaten niet meer terug te leiden zijn tot jou*.

**🞏 Ja (wel toestemming) 🞏 Nee (geen toestemming)**

Alleen jeugdzorg

Het volgende verzoek om toestemming is alleen voor cliënten die ondersteuning krijgen op basis van de Jeugdwet.

**9.** Het (laten) afnemen van psychologisch en/of psychiatrisch onderzoek, als de behandelcoördinator dit nodig vindt en het uitvoeren van medisch onderzoek, als de fysieke toestand dit vraagt.

*Toelichting: Om zo snel mogelijk met een eventuele benodigde behandeling te kunnen starten, is het belangrijk dat een deskundige kijkt wat nodig is. Dit doet de deskundige op basis van informatie uit eerdere onderzoeken en een persoonlijk gesprek met de cliënt.*

**🞏 Ja (wel toestemming) 🞏 Nee (geen toestemming) 🞏 Niet van toepassing**

Verklaring

* Ik verklaar dat ik deze toestemmingsverklaring met de twee bijbehorende folders heb gelezen en dat ik de inhoud ervan begrijp.

ONDERTEKENING\*

Toestemmingen verleend op ……………………………………….(datum) voor aangegeven onderdelen door:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Client: (naam cliënt)  Geboortedatum: | Wanneer beide ouders het ouderlijk gezag hebben, graag beiden tekenen (indien van toepassing, , doorstrepen wat niet van toepassing is). | | Wettelijk vertegenwoordiger /mentor/curator/onbenoemde vertegenwoordiger (indien van toepassing, doorstrepen wat niet van toepassing is): |
| Moeder: (naam) | Vader: (naam) | (naam) |
| Handtekening: | Handtekening: | Handtekening: | Handtekening: |

* *Is de cliënt jonger dan 12 jaar dan ondertekenen de ouder(s) met gezag of voogd.*
* *Bij cliënten van 12 t/m 15 jaar tekenen zowel de cliënt als de ouder(s) met gezag of voogd.*
* *Is de cliënt 16 of 17 jaar en wilsbekwaam, dan volstaat de handtekening van de cliënt. Wel worden de ouder(s) met gezag of voogd verzocht mee te ondertekenen.*
* *Is de cliënt 16 of 17 jaar en wilsonbekwaam, dan tekenen de ouder(s) met gezag of voogd.*
* *Wilsbekwame cliënten van 18 jaar en ouder tekenen zelf. Bij wilsonbekwaamheid wordt vanaf 18 jaar getekend door de mentor, curator of onbenoemde vertegenwoordiger (gemachtigde, echtgenoot, partner of familielid).*
* *Bij gescheiden ouders dient dit formulier – in beginsel - te worden getekend door degene(n) die met het gezag is belast.*