

Betreft: Toestemmingsformulieren



ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen
KvK: 67721133

Afdeling Medische psychologie
Wielingenlaan 2
4535 PA Terneuzen
0115 688260
Medischepsychologie@zzv.nl

Beste ouders/verzorgers,

Onlangs is uw zoon of dochter aangemeld bij de afdeling Medische Psychologie. Bijgevoegd vindt u belangrijke afspraak informatie. Gelieve deze zorgvuldig door te nemen en de bijgevoegde formulieren in te vullen en te retourneren.

Afspraakinformatie:

In het ziekenhuis geldt de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst, de WGBO. In deze wet worden de rechten en de plichten van patiënten en hulpverleners beschreven.

Wij zijn ook gebonden aan de Beroepscode voor psychologen en die vereist voor elke vorm van onderzoek en behandeling van een kind <16 jaar toestemming van de gezaghebbende ouder(s) of (gezins)voogd.

Bij jongeren tussen de 12-16 jaar, geven zowel de jongere als de beide gezaghebbenden ouder(s) hun toestemming.

Dit gebeurt middels toestemmingsverklaringen die bij deze uitnodiging toegevoegd zijn.

Deze toestemmingsverklaringen dienen altijd ingevuld en ondertekend aanwezig te zijn voor aanvang van het intakegesprek.

Pas na ontvangst van deze ondertekende formulieren ontvangt u een uitnodiging voor een eerste gesprek.

Indien slechts één van de ouders volledige voogdij heeft dient de formele schriftelijke onderbouwing hiervan aanwezig te zijn voorafgaand het eerste consult.

De hulpverlening kan alleen starten als beide wettelijk vertegenwoordigers daarvoor toestemming geven of wanneer de formele schriftelijke onderbouwing van de volledige voogdij van één van de ouders aanwezig is.

Tevens vragen wij u om het bijgevoegde formulier, waarin wij uw toestemming vragen om informatie met anderen uit te wisselen in kader van de begeleiding/behandeling van uw kind, in te vullen en te ondertekenen. U kunt de formulieren retourneren per mail of in bijgevoegde envelop.

Wij hopen u met bovenstaande informatie voldoende te hebben geïnformeerd. Mocht u na het lezen van deze informatie nog vragen hebben, kunt u contact opnemen met de afdeling medische psychologie te bereiken op 0115-688260 of via medischepsychologie@zzv.nl

Met vriendelijke groet,

Secretariaat
Afdeling Medische psychologie

Toestemmingsformulier Afdeling Medische Psychologie

Door het aankruisen van de hier onderstaande rubrieken verklaart u de afdeling medische psychologie van Zorgsaam ziekenhuis toestemming te geven voor het informeren van de onderstaande instanties en personen over psychodiagnostisch onderzoek en/of behandeling en/of voor het opvragen van relevante onderzoeks-, behandel-, medische-, en/of schoolgegevens bij de onderstaande instanties en personen. Dit alles geldt gedurende/betreffende de periode dat uw kind bij de afdeling medische psychologie in behandeling is. Het uitwisselen van informatie staat in het teken van de behandeling. U kunt ten alle tijden deze toestemming wijzigen. * S.v.p. aanvinken welke instanties van toepassing zijn en de naam van de betreffende persoon en/of instantie vermelden.

De ouder(s)/verzorger(s) van

Naam zoon/dochter _____

Geboortedatum zoon/dochter _____

Datum intakegesprek: _____

geeft/geven toestemming voor het opvragen van informatie bij	geeft/geven toestemming voor het verstrekken van informatie aan
Instantie: Naam: ☐ Medisch specialist (kinderarts) ☐ Huisarts ☐ School ☐ Remedial Teacher ☐ Psychologische instantie..... ☐ Logopedische instantie ☐ Fysiotherapeut ☐ Ouders (vanaf 16 jaar)	Instantie: Naam: ☐ Medisch specialist (kinderarts) ☐ Huisarts ☐ School ☐ Remedial Teacher ☐ Psychologische instantie..... ☐ Logopedische instantie ☐ Fysiotherapeut ☐ Ouders (vanaf 16 jaar)

Naam cliënt(e) (vanaf 12 jaar) : _____ **Handtekening:** _____

Naam gezaghebbende vader : _____ **Handtekening:** _____

Naam gezaghebbende moeder : _____ **Handtekening:** _____

Datum : _____

Plaats : _____

Toestemmingsverklaring gezagdragende moeder

Hierbij geef ik, mevr. _____
moeder van _____

toestemming tot aanmeld- en indicatie overleg, onderzoek en/of behandeling door één van de kinder- en jeugdpsychologen van de afdeling Medische Psychologie van Zorgsaam Ziekenhuis Zeeuws-Vlaanderen.

Ik wil graag over het onderzoek en/of de behandeling geïnformeerd worden op de volgende manier(en):

- ☐ Telefonisch op nummer: _____
- ☐ Persoonlijke afspraak
- ☐ Ik wil niet geïnformeerd worden over het onderzoek en/of de behandeling

Adresgegevens moeder

Naam: _____

Straatnaam en huisnummer: _____

Postcode: _____

Plaats: _____

Telefoonnummer: _____

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening: _____

Toestemmingsverklaring gezagdragende vader

Hierbij geef ik, dhr. _____

vader van _____

toestemming tot aanmeld- en indicatie overleg, onderzoek en/of behandeling door één van de kinder- en jeugdpsychologen van de afdeling Medische Psychologie van Zorgsaam Ziekenhuis Zeeuws-Vlaanderen.

Ik wil graag over het onderzoek en/of de behandeling geïnformeerd worden op de volgende manier(en):

- ☐ Telefonisch op nummer: _____
- ☐ Persoonlijke afspraak
- ☐ Ik wil niet geïnformeerd worden over het onderzoek en/of de behandeling

Adresgegevens vader

Naam: _____

Straatnaam en huisnummer: _____

Postcode: _____

Plaats: _____

Telefoonnummer: _____

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening: _____