|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Voornaam Client | |  | | |
| Achternaam Client | |  | | |
| Geboortedatum | |  | | |
| BSN | |  | | |
| Ziektekostenverzekering | |  | | |
| Polisnummer | |  | | |
| Adres | |  | | |
| Postcode , plaats | |  | | |
| Telefoonnummer | |  | | |
| E-mailadres | |  | | |
|  | |  | | |
| Huisarts | |  | | |
| Verwijzer (omcirkel:) | | Huisarts ja / anders: | | |
|  | |  | | |
| School | |  | | |
| Klas/loopbaan | |  | | |
| Leerkracht / mentor | |  | | |
| Telefoonnummer | |  | | |
|  | |  | | |
| **Gegevens ouders** | | **Vader gezag ja / nee** | **Moeder gezag ja / nee** | |
| Voornaam | |  |  | |
| Achternaam | |  |  | |
| Geboortedatum | |  |  | |
| Adres | |  |  | |
| Postcode, plaats | |  |  | |
| Telefoonnummer | |  |  | |
| E-mailadres | |  |  | |
| Gehuwd/samenwonend/ gescheiden | |  |  | |
| Opleiding/ beroep | |  |  | |

**Akkoord voor overleg met**

huisarts ja/ nee

beknopte rapportage aan huisarts ja/ nee

school ja/ nee

**INDIEN ER IN DE AFGELOPEN ANDERHALF JAAR VOOR START BEHANDELING HULPVERLENING IS GEWEEST DIE GEFINANCIERD IS DOOR DE GEMEENTE DIENT U DIT VOOR AANVANG VAN BEHANDELING AAN TE GEVEN: HET CONSULTATIE EN ADVIESTEAM MOET IN DAT GEVAL AKKOORD GEVEN VOOR START BEHANDELING.**

Eerdere of op dit moment lopende andere hulpverlening:

Akkoord voor overleg met/ opvragen informatie bij

Ondergetekende (n) verklaren naar waarheid te hebben ingevuld of vader /moeder gezag dragend te zijn.

**Ondergetekende(n) geven toestemming voor start van een psychologisch traject (diagnostiek en of behandeling) bij hun kind.**

en

**Ondergetekende(n) geven toestemming voor overdracht van gegevens van hun kind aan de gemeente en het centraal bureau voor de statistiek (CBS), overeenkomstig de daarvoor geldende wetgeving rondom privacy.**

Er wordt geen diagnose informatie doorgegeven bij zorg vallend onder de Basis GGZ.

Indien u bezwaar heeft tegen het uitwisselen van informatie kunt u dit aangeven op het privacydocument, dat ook te downloaden is via de website.

Voor akkoord getekend te op datum:

**Handtekening Jongere (va. 16 jaar) Handtekening Vader Handtekening Moeder**

**TOESTEMMINGSVERKLARING ZORG OP AFSTAND GGZ**

*Met de inzet van zorg op afstand vindt ggz-behandeling op afstand plaats via een online programma in plaats van een behandeling in de praktijk van de ggz-aanbieder. Met behulp van een PC / laptop, telefoon of tablet kunnen de cliënt en de behandelaar via een camera en audio communiceren. Zorg op afstand wordt ingezet waar dat naar het oordeel van de behandelaar geschikt is voor de behandeling.*

*Vanwege privacyregels is het nodig dat u voor uzelf - of als wettelijk vertegenwoordiger van een kind tot 16 jaar - toestemming geeft voor het gebruik van zorg op afstand.*

**Ik geef:**

* aan behandelend psyzholoog van psychologenpraktijk PiP Hilversum toestemming voor de inzet van een videoconsult en daarmee voor de verwerking van mijn persoonsgegevens in het kader van de zorgrelatie;
* mijn akkoord met het gebruik van het programma videoconsult. Clickdoc;
* mijn akkoord met de privacyverklaring van deze applicatie, die vind ik via deze link; <https://ecs.elvi.world/ecs/documents/get/elvi.dataprivacy?context=videoconsult.clickdoc.nl&lang=nl>

**NB**: Door Cindy van de Velde worden geen opnames gemaakt en chatgesprekken worden verwijderd.

**Naam:**

**Geboortedatum:**

*(Indien van toepassing)*

Gegevens ouders/voogd/wettelijk vertegenwoordiger van cliënt

**Naam volledige naam ouders/voogd/wettelijkvertegenwoordiger**

**SVP retourneren via een reply op het bijgevoegde mailbericht. Zonder reply kan (niet langer) behandeling via zorg op afstand plaatsvinden.**