

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		
<b>Gegevens ouders</b>	<b>Vader gezag ja / nee</b>	<b>Moeder gezag ja / nee</b>
Voornaam		
Achternaam		
Geboortedatum		
Adres		
Postcode, plaats		
Telefoonnummer		
E-mailadres		
Gehuwd/samenwonend/ gescheiden		
Opleiding/ beroep		

Akkoord voor overleg met

huisarts ja/ nee

beknorte rapportage aan huisarts ja/ nee

School ja/ nee: indien ja: naam/ telefoonnummer leerkracht/ mentor

eerdere hulpverlener ja/ nee

**Indien er in de afgelopen anderhalf jaar hulp geweest is in de BGGZ moet er toestemming gevraagd worden bij het consultatie en Adviesteam vóór aanvang van de behandeling.**

Eerdere of op dit moment lopende andere hulpverlening:

---

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**

---