MET ggz Postbus 21

6040 AA Roermond

T 088 – 114 94 94

[www.metggz.nl](http://www.metggz.nl)

KvK 41063814

**AKKOORDVERKLARING CLIËNT**

**BETREFFENDE HET**

**VERSTREKKEN/INWINNEN VAN INFORMATIE**

Deze gegevens worden uitsluitend opgevraagd en/of verstrekt ten behoeve van het vaststellen, uitvoeren of evalueren van de behandeling binnen MET ggz.

**Ondergetekende (cliënt/wettelijke vertegenwoordiger)**

Naam :

geboortedatum :

adres :

Postcode + plaats :

Verklaart in het kader van de behandeling toestemming te verlenen aan MET ggz

tot het **inwinnen** van relevante gegevens **bij**:

Naam :

Functie / instantie :

Adres :

Postcode + plaats :

U geeft deze toestemming vrijwillig. U heeft het recht om deze toestemming op elk moment in te trekken. Dit doet geen afbreuk aan de rechtmatigheid van de gegevensverwerking voorafgaand aan de intrekking.

U kunt uw toestemming op ieder moment intrekken. Daarnaast heeft u het recht om uw gegevens in te zien, te corrigeren of te laten verwijderen. Meer informatie vindt u op www.metggz.nl/privacy of neem contact met ons op via privacy@metggz.nl.

De gegevens die wij ontvangen, worden veilig opgeslagen in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving.

**Eventuele bijzondere afspraken:**

Hier kunt u eventuele beperkingen of voorwaarden aangeven, zoals:

– welke informatie wel of niet gedeeld mag worden (bijv. alleen medische gegevens);

– met wie informatie gedeeld mag worden;

– over welke periode informatie mag worden opgevraagd;

– of eerst overleg met u gewenst is.

Laat dit veld leeg als er geen bijzondere afspraken zijn.

**Datum:** ………..

Handtekening cliënt/wettelijke vertegenwoordiger (dient voorzien te zijn van een echte handtekening)

**Jeugdigen vanaf 12 jaar dienen deze verklaring eveneens te ondertekenen.**