



## Verlenen van toestemming

Hierbij geef ik/geven wij toestemming voor (graag de vakjes aankruisen)

- plaatsing bij D3. Toestemming tot plaatsing betekent tevens instemming met uitwisseling van informatie tussen de bij plaatsing betrokken deskundigheden:
- Onderwijs
  - Dagbesteding
  - Gedragwetenschapper
  - Bij plaatsing worden persoonsgegevens tevens geregistreerd in de Verwijsindex. Via de Verwijsindex wordt duidelijk welke andere hulpverlener(s) zich mogelijk ook actief met het de jeugdige bezighoudt. Dit zorgt ervoor dat hulpverleners elkaar snel weten te vinden en er een goede samenwerking tussen leerkrachten, hulpverleners en instanties tot stand komt.
- in het geval van een crisisplaatsing: er is kennis genomen van en er wordt ingestemd met de voorwaarden en procedure ten aanzien van de crisisplaatsing.
- het opvragen van gegevens, ten behoeve van mijn verblijf, bij derden en/of het verstrekken aan derden betrokken bij het verblijf (onderwijs):
- Beschikbare test- en schaalgegevens van verricht onderzoek
  - Rapportages, verslagen en ondersteuningsplannen van huidige of eerdere woon- of dagbestedingssituaties
  - Onderwijskundige rapporten en didactische gegevens
  - Observatieverslagen en rapportages van psychologisch, psychiatrisch en/of paramedisch onderzoek
  - Rapportages van andere hulpverlenende instanties
- het maken van foto's tijdens het verblijf bij D3. De foto's worden alleen gebruikt voor het maken van een fotoboek voor jeugdigen die weggaan.

### Wettelijk vertegenwoordiger (bij jeugdigen tot 16 jaar)<sup>1</sup>

Naam :  
Plaats en datum :  
Handtekening :

### Jeugdige (indien 12 jaar en ouder)

Naam :  
Plaats en datum :  
Handtekening :

---

<sup>1</sup> Bij gescheiden ouders met gedeeld ouderlijk gezag dienen beiden de toestemmingsverklaring te ondertekenen.



## Machtiging beheer geneesmiddelen

Hierbij verklaar ik/verklaren wij dat het beheer van de geneesmiddelen van ..... (naam jeugdige) met ingang van ..... (datum) wordt overgedragen aan de zorgaanbieder D3. De jeugdige is in het bezit van een geldige indicatie.

1. Onder het beheer wordt in deze machtiging verstaan het bestellen, bewaren, distribueren, uitzetten en uitreiken van medicatie die voor de jeugdige nodig is (voorgeschreven door een arts/psychiater en/of losse medicatie).
2. D3 verklaart deze machtiging te aanvaarden.
3. D3 informeert de apotheek, die de medicatie voor de betreffende jeugdige levert, over deze machtiging.
4. Ter uitvoering van deze machtiging alsmede ter uitvoering van farmacotherapeutisch overleg wordt toestemming gegeven aan de medewerkers van D3 om de gegevens betreffende de medicatie te verwerken. D3 is in de gegevensverwerking gehouden aan de bepalingen volgens de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).
5. De jeugdige en/ of diens wettelijk vertegenwoordiger kan deze machtiging op elk moment schriftelijk herroepen. De machtiging vervalt zeven dagen na ontvangst van de herroeping.
6. D3 kan de aanvaarding van de machtiging op elk moment intrekken. De machtiging vervalt zeven dagen na intrekking van de aanvaarding. D3 stelt de jeugdige en/ of diens wettelijk vertegenwoordiger schriftelijk op de hoogte van de reden van intrekking van de aanvaarding.
7. De machtiging vervalt voorts door:
  - Overlijden van de jeugdige
  - Beëindiging van de zorgovereenkomst tussen jeugdige en zorgaanbieder.
8. De eerste contactpersoon van de jeugdige is ..... (relatie tot jeugdige), ..... (naam).

Plaats: ..... Datum: .....

### Wettelijk vertegenwoordiger (bij jeugdigen tot 16 jaar)<sup>2</sup>

Naam :  
Handtekening :

### Jeugdige (indien 12 jaar en ouder)

Naam :  
Handtekening :

### Vertegenwoordiger D3

Naam en functie :  
Handtekening :

<sup>2</sup> Bij gescheiden ouders met gedeeld ouderlijk gezag dienen beiden de toestemmingsverklaring te ondertekenen.



## Toestemming opvragen medische gegevens

Met dit formulier geeft u een persoon (of instantie) toestemming om uw medische gegevens op te vragen of te wijzigen.

<b>Gegevens jeugdige</b>	
Voorletters en achternaam:	
Geslacht:	
Geboortedatum:	
Adres, postcode, woonplaats:	
BSN:	
Telefoonnummer:	
Emailadres:	

<b>Gegevens oude huisarts</b>	
Praktijk:	
Voorletters en achternaam:	
Adres, postcode, woonplaats:	
Telefoonnummer:	
Emailadres:	

<b>Instantie die gemachtigd wordt</b>	
Praktijk:	Huisartsenpraktijk Beltrum
Voorletters en achternaam:	Huisarts: J.A.M. de Vette
Adres, postcode, woonplaats:	Haarstraat 2, 7156 LN Beltrum
Telefoonnummer:	0544-481355



<b>Instantie die gemachtigd wordt</b>	
Praktijk:	Huisartsenpraktijk Hoenderloo
Voorletters en achternaam:	Huisarts: M. Dieleman
Adres, postcode, woonplaats:	Heldring 1, 7351 BE Hoenderloo
Telefoonnummer:	055 – 37812 80

Met het ondertekenen van dit formulier geef ik de persoon/instantie toestemming voor het opvragen of wijzigen van mijn:

- persoonlijke gegevens
- medische gegevens
- declaratiegegevens (incl. daaraan gerelateerde medische gegevens)
- medicijnen ophalen en medicatie overzichten.

De machtiging loopt door totdat ik de machtiging schriftelijk of via e-mail beëindig.

Wettelijk vertegenwoordiger (bij jeugdigen tot 16 jaar)<sup>3</sup>

Naam :  
Plaats en datum :  
  
Handtekening :

Jeugdige (indien 12 jaar en ouder)

Naam :  
Plaats en datum :  
  
Handtekening :

<sup>3</sup> Bij gescheiden ouders met gedeeld ouderlijk gezag dienen beiden de toestemmingsverklaring te ondertekenen.

### Aanvullende informatie t.b.v. aanmelding huisarts

<b>Verzekeringsgegevens</b>	
Naam zorgverzekeraar:	
Verzekeringsnummer:	
Verzekering begindatum:	

<b>Gegevens vorige apotheek</b>	
Naam:	
Adres, postcode, woonplaats:	
Telefoonnummer:	
Emailadres:	

<b>Medische gegevens</b>	
Ben je overgevoelig voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? (bijv. penicilline, lactose)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: Geneesmiddel en/ of hulpstof:  Bijwerking(en):
Gebruik je medicijnen?:	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: Naam geneesmiddel:  Hoeveel mg:  Gebruik per dag:
Gebruik je zelfzorgmiddelen / alternatieve middelen / voedingssupplementen? (denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint Jans kruid)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: Naam:  Hoeveelheid:  Gebruik per dag:
Heb je problemen met het gebruik van een geneesmiddel? Bijvoorbeeld moeilijk doorslikken, openen verpakking, oogdruppelen, spuiten van insuline, vergeten op tijd in te nemen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: Welk geneesmiddel geeft problemen?  Welk probleem heb je?

Maak je gebruik van een weekdoseersysteem (baxterrol) voor je geneesmiddelen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	
Heb je een chronische ziekte of komt deze ziekte in je familie voor?  Suikerziekte  Hart/ vaatziekte  Nierziekte  Hoge bloeddruk  Astma of COPD  Epilepsie  Erfelijke ziekten/ aandoeningen   Andere ziekten	Bij jou  <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: Welke?  <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: Welke?	In je familie  <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: Welke?  <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: Welke?
Krijg je een griepvaccinatie?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: Waarom?	
Ben je onder behandeling van een specialist?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: Bij wie/ welk ziekenhuis?	
Ben je wel eens geopereerd?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: Waaraan en wanneer?	
Heb je ooit een ongeval gehad?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: Wanneer?	



<b>Leefstijl</b>	
Rook je?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: Hoeveel sigaretten / sigaren per dag?
Drink je alcohol?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: Hoeveel consumpties per dag / per week?
Gebruik je drugs?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: Welke?

Dit formulier is naar waarheid ingevuld.

Wettelijk vertegenwoordiger (bij jeugdigen tot 16 jaar)<sup>4</sup>

Naam :

Plaats en datum :

Handtekening :

Jeugdige (indien 12 jaar en ouder)

Naam :

Plaats en datum :

Handtekening :

---

<sup>4</sup> Bij gescheiden ouders met gedeeld ouderlijk gezag dienen beiden de toestemmingsverklaring te ondertekenen.