

**JA**

Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of folder 'Beter geholpen met goede informatie' is aangegeven.

**NEE**

Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of folder 'Beter geholpen met goede informatie' is aangegeven.

## MIJN GEGEVENS (CURATOR OF MENTOR)

Vul onderstaande gegevens in. Vergeet niet uw handtekening te zetten.

ACHTERNAAM:	VOORLETTERS:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
ADRES:		
POSTCODE EN PLAATS:		
GEBORTE DATUM:		
RELATIE TOT PERSOON: <input type="checkbox"/> CURATOR <input type="checkbox"/> MENTOR		

## GEGEVENS VAN DE PERSOON VOOR WIE U DE TOESTEMMING REGELT

ACHTERNAAM:	VOORLETTERS:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
ADRES:		
POSTCODE EN PLAATS:		
GEBORTE DATUM:		

### LEVER DIT FORMULIER IN BIJ ONDERSTAANDE ZORGVERLENER

NAAM:

ADRES:

POSTCODE EN PLAATS:

DATUM:	HANDTEKENING:
--------	---------------

**Let op: Voeg een kopie bij van de beschikking van de rechtbank waaruit blijkt dat u curator of mentor bent van de persoon voor wie u de toestemming regelt.**