

Verklaring toestemming delen gegevens ZeBra Mentorschap

Hierbij geef ik:

Naam: _____

Adres: _____

Geboortedatum: _____

ZeBra Mentorschap toestemming om informatie op te vragen bij derden of informatie aan derden te verstrekken, ten behoeve van een verantwoorde ondersteuning mentorschap door ZeBra Mentorschap:

Er mag informatie uitgewisseld worden met:

- Instanties als VGZ Zorgkantoor, CIZ, gemeente, huisarts en behandelaars
- Naasten uit mijn netwerk, namelijk: _____
- Overige contactpersonen, namelijk: _____

Deze verklaring is geldig vanaf het moment van ondertekening totdat de cliënt niet meer bij ZeBra mentorschap onder mentorschap is

De Betrokkene (1)

Naam : _____

Plaats en datum : _____

Handtekening : _____

(1) Indien de cliënt niet bij machte is de verklaring te ondertekenen, kan volstaan worden met ondertekening door een ouder of (andere) wettelijke vertegenwoordiger