

# Casuïstiek tafel regio Amsterdam

### Toestemmingsverklaring

voor het verstrekken van relevante medische gegevens aan de regionale casuïstiek tafel regio Amsterdam – Hoog complexe ggz

Ondergetekende: ……………………………………………… *(naam patiënt)*

geboortedatum: ………………………………………………

verleent hierbij toestemming om in verband met het in behandeling nemen van de aanvraag voor een behandelaanbod op maat zijn/haar relevante medische gegevens te delen met de deelnemers aan de Regio casuïstiektafel Amsterdam – Hoog complexe ggz

*(plaats)*, ……………………………………………..…… *(datum)*

…………………………………………………….. (handtekening patiënt)

……………………………………………………... (handtekening wettelijk vertegenwoordiger)

Gelieve deze toestemmingsverklaring in te vullen en te sturen naar het aanmelden@arkin.nl o.v.v. *aanmelding casuïstiek tafel regio Amsterdam hoogcomplexe ggz*.