



## Toestemmingsverklaring gegevensverwerking & gegevensdeling

### Wijkgerichte Zorg

#### Ondergetekende:

<b>Naam:</b>
<b>BSN- nummer:</b>
<b>Adres:</b>
<b>Postcode en woonplaats:</b>
<b>Geboortedatum:</b>

Geeft hierbij toestemming aan de Verpleegkundige Ouderenzorg van de Wijkgerichte Zorg, om indien nodig informatie met andere organisaties over hem/haar op te vragen of te delen.

Dit is nodig voor het opstellen van het zorgplan en de uitvoering daarvan.

Voor akkoord,

<b>Datum:</b>
<b>Naam cliënt/ wettelijke vertegenwoordiger</b>
<b>Handtekening;</b>
<b>Handtekening eventueel van echtgeno(o)t(e)/ partner/ andere gezinsleden/ betrokkenen:</b>
<b>Handtekening Verpleegkundige Ouderenzorg:</b>