

AKKOORDVERKLARING

Met het ondertekenen van deze verklaring geeft de ouder / verzorger* van:

Achternaam:

Voornaam: Geb. datum:

Adres: Postcode:

Woonplaats: Tel.:

Naam PSZ of KDV :

Naam huisarts:

aan **akkoord / niet akkoord*** te zijn met de uitwisseling van informatie tussen de huisarts en het zorgteam 0 - 4 jarigen.

Ondergetekende geeft toestemming aan de aanmelder : de zorgen betreffende bovengenoemd kind schriftelijk in te brengen voor bespreking in :

- het Zorg Advies Team 0-4 jarigen.

Dit Zorg Advies Team bestaat uit de zorgcoördinator GGD, een medewerker van het NIM, van Integrale Vroeghulp, van Bureau Jeugdzorg van de GGD; medewerker van de logopedische dienst; directeur van de PSZ ; coördinator ZAT 4-12 jarigen ;WSNS/ orthopedagoge speciaal onderwijs.

- aanwezige informatie tussen de deelnemende instanties uit te wisselen.

Dit formulier maakt deel uit van het privacy protocol van het Zorg Advies Team, wat ter inzage ligt bij de coördinator.

Naam:

Handtekening ouder/verzorger:

Datum ondertekening: Plaats:

Naam van aanwezige aanmelder:

.....
.....