**Regio casuïstiektafel Noord-Nederland**

Noordelijke.Regiotafel.HCZ@ggzfriesland.nl

GGZ Friesland

Postbus 932

8901 BS Leeuwarden

*Bezoekadres*

Marshallweg 9

Leeuwarden

### Toestemmingsverklaring

voor het verstrekken van relevante medische gegevens aan de Regio casuïstiektafel Noord-Nederland – 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 Noord-Nederland – Hoog complexe ggz

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

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

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

Gelieve deze toestemmingsverklaring in te vullen en te sturen naar het [Noordelijke.Regiotafel.HCZ@ggzfriesland.nl](mailto:Noordelijke.Regiotafel.HCZ@ggzfriesland.nl).