

# Toestemmingsformulier gegevensuitwisseling Jeugd

Naam jeugdige:

-----

Geboortedatum:

-----

Marcus A.J. Jansen  
Ortho Jansen (Mitochondriaal-Centrum)  
praktijk voor kIOET  
(klinisch Immunologische Orthomoleculaire Epigenetische DNA therapie)  
Zuidwijklaan 103  
  
2241 TT Wassenaar  
tel. 06 - 12478918 (Ortho Jansen)  
info@orthojansen.nl

## Toestemmingsverklaring Jeugd

- Het kind (12 jaar en ouder) en de ouders/verzorgers geven toestemming voor het uitwisselen van informatie.
- Indien client bekend is (geweest) bij Ortho Jansen, mag informatie uit het opgebouwde dossier worden gebruikt.
- Het kind (12 jaar en ouder) en de ouder/verzorgers geven toestemming voor eht opvragen en uitwisselen van informatie.

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Dhr. M.A.J. Jansen om in contact met mijn huisarts te treden en mondeling overleg te plegen indien dit in het belang is van mijn behandeling.

( ) JA ( ) NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Dhr. M.A.J. Jansen om gegevens uit mijn dossier op te vragen bij mijn huisarts, indien dit nodig is voor een goede afstemming van suppletie en leefstijladviezen.

( ) JA ( ) NEE

Toestemmingsverklaring Jeugd (11/2024)

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Dhr. M.A.J. Jansen om gegevens uit mijn dossier op te vragen bij mijn specialist (naam en specialisatie) .....

( ) JA ( ) NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Dhr. M.A.J. Jansen om gegevens uit mijn dossier en suppletie lijst toegankelijk te maken voor waarnemers, zodat mijn behandeling kan worden gecontinueerd bij afwezigheid van Dhr. M.A.J. Jansen.

( ) JA ( ) NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Dhr. M.A.J. Jansen om gegevens uit mijn dossier in een gepseudonimiseerde vorm te gebruiken voor onderwijsdoeleinden ter verbetering van de kwaliteit in de zorg in het algemeen.

( ) JA ( ) NEE

Ik ben op de hoogte gesteld door mijn behandelend therapeut Dhr. M.A.J. Jansen dat hij zijn beroepsgeheim alleen zal doorbreken indien hij bij mij een medisch gevaar of een dreigende schadelijke situatie (fysiek, mentaal en/of emotioneel) voor mijzelf of mijn omgeving zou onderkennen.

( ) JA ( ) NEE

Dit toestemmingsformulier wordt in mijn dossier bewaard. De wettelijke bewaartermijn van een medisch dossier is 15 jaar. Ik heb te allen tijden recht op inzage van het dossier en het mogen vragen om aanpassingen in mijn toestemming.

Alles naar waarheid ingevuld:

Datum:

Datum:

Naam moeder/verzorger met ouderlijk gezag

Naam vader/verzorger met ouderlijk gezag

-----  
Handtekening.

-----  
Handtekening.

Datum:

Handtekening jongere (12-16):

-----  
Handtekening.

Toestemmingsverklaring Jeugd (11/2024)