**Toestemming delen informatie voor consultatie GGZ professional**

Bij deze geef ik toestemming om contact op te nemen met een GGZ-zorgprofessional voor het verkrijgen van advies met betrekking tot mijn behandeling. Ik begrijp dat het nodig is om hiervoor relevante medische gegevens met deze professional te delen, zodat de professional een beeld krijgt van de situatie en op basis hiervan een advies geeft.



Ja, ik geef toestemming



Nee, ik geef geen toestemming

Naam

Datum

Handtekening