Met dit formulier geef ik: naam ……………..

Aan Haptotherapeut: naam……………… van Haptotherapiepraktijk: naam ……………….

toestemming om gegevens over mij te delen.

Hieronder kruis ik voor welke gegevensverwerkingen ik toestemming geef.

Ik geef toestemming onder deze voorwaarden:

- Mijn toestemming geldt alleen voor de hieronder beschreven redenen, gegevens en personen / instellingen. Voor nieuwe gegevensverwerkingen vraagt de haptotherapeut mij opnieuw om toestemming.

- De haptotherapeut informeert mij over de gegevens die over mij worden uitgewisseld en de gegevens die over mij worden geregistreerd. Dat betekent bijvoorbeeld dat de haptotherapeut mij uitlegt om welke specifieke gegevens het gaat en waarom deze gegevens noodzakelijk zijn om mij te kunnen helpen.

- Als gegevens niet (meer) noodzakelijk zijn zal de haptotherapeut deze niet registreren dan wel verwijderen.

- Ik kan ervoor kiezen om geen toestemming te geven of om alleen voor bepaalde delen toestemming te geven. De haptotherapeut legt uit wat de gevolgen voor mijn hulpverlening zijn als ik (voor bepaalde) gegevens of personen geen toestemming geeft.

- Ik mag mijn toestemming op elk moment intrekken. In sommige gevallen zal het intrekken van toestemming gevolgen hebben voor mijn hulpverlening. De haptotherapeut zal mij hier van geval tot geval over informeren.

- Ik ben mij ervan bewust dat alle correspondentie met derden in mijn dossier aanwezig blijft en 20 jaar bewaard blijft. Ik behoud het recht om op mijn verzoek deze brieven aan derden niet in mijn dossier te laten opnemen.

- Deze toestemming is een jaar geldig.

Gegevens mogen over mij worden gedeeld met

Mijn huisarts: naam ……………………..…………………………………………………………........ Ja / Nee

Deze gegevens zijn nodig omdat …………………………………………………………….…………………………………………………………

Mijn mede-behandelaar: naam …….…………………………………………………………........ Ja / Nee

Deze gegevens zijn nodig omdat …………………………………………………………….…………………………………………………………

Mijn bedrijfsarts: naam…………………………………………………………..…………………........ Ja / Nee

Deze gegevens zijn nodig omdat …………………………………………………………….…………………………………………………………

Datum: Handtekening