



Toestemmingsverklaring deelname OZOverbindzorg

Versie: 3.3 | november 2019

Voor het invoeren en gebruiken van uw gegevens in OZOverbindzorg is uw toestemming nodig. Deze toestemmingsverklaring kunt u samen met uw hulpverlener invullen (huisarts, praktijkondersteuner huisarts, thuiszorgmedewerker, medewerker sociaal wijkteam, de OZOverbindzorg coördinator of een andere hulpverlener, hierna genoemd hulpverleners).

Met dit formulier geeft u toestemming om gegevens over uzelf te verwerken in OZOverbindzorg. Het kan gaan om gegevens afkomstig van uzelf. Verder kan het gaan om gegevens die worden opgevraagd bij uw hulpverleners of instellingen waar u cliënt bent. Ook kan het gaan om gegevens die over u door een hulpverlener of persoonlijke relatie rechtstreeks in OZOverbindzorg worden ingevoerd.

Hieronder staat in een verklaring waarvoor u toestemming geeft.

Verklaring.

Ik geef toestemming onder de volgende voorwaarden:

- Ik ben zelf in de regie van het gebruik van het systeem en de daarin vastgelegde gegevens. Ik bepaal welke hulpverleners en persoonlijke relaties mogen deelnemen in mijn netwerk en toestemming krijgen voor raadplegen van en/of invoeren van informatie in het systeem.
- Als ik zelf geen toegang heb tot het systeem kan ik een vertegenwoordiger aanwijzen die namens mij deelneemt. Mijn vertegenwoordiger heeft dezelfde mogelijkheden als ik zou hebben in het systeem.
- Mijn toestemming geldt alleen voor de hieronder beschreven hulpverleners, persoonlijke relaties, modules en alsmede spoeddiensten. Voor iedere nieuwe deelnemer en/of module vraagt de betrokken hulpverlener of coördinator mij opnieuw om toestemming.
- De hulpverlener heeft mij geïnformeerd over de gegevens die over mij worden uitgewisseld en de gegevens die over mij worden geregistreerd.
- De hulpverlener heeft mij uitgelegd om welke gegevens het kan gaan en waarom deze gegevens noodzakelijk zijn om mij te kunnen helpen.
- Als gegevens niet (meer) noodzakelijk zijn zal uw hulpverlener of coördinator de andere deelnemende hulpverleners verzoeken deze niet te registreren dan wel te verwijderen.
- Ik kan ervoor kiezen om geen toestemming te geven of om alleen voor bepaalde hulpverleners toestemming te geven. De betrokken hulpverlener legt uit wat de gevolgen voor mijn hulpverlening zijn als ik (voor bepaalde) gegevens of personen geen toestemming geef.
- Ik mag mijn toestemming op elk moment intrekken. In dat geval kan ik de coördinator opdracht geven de hulpverlener te verwijderen. In sommige gevallen zal het intrekken van mijn toestemming gevolgen hebben voor mijn hulpverlening. De betrokken hulpverlener zal mij hier van geval tot geval over informeren.
- Een hulpverlener en/of coördinator zal geen gegevens uit OZOverbindzorg (laten) verwijderen zonder mijn uitdrukkelijke schriftelijke toestemming, welke toestemming ik kan maar niet hoeft te geven, ook niet in geval van beëindiging van de (behandel) relatie met de hulpverlener.

Ik stem er mee in dat er gegevens over mij verwerkt worden in OZOverbindzorg: Ja / Nee *

Naam cliënt:

Geboortedatum cliënt:

.....

E-mailadres cliënt:





De volgende hulpverleners en/of persoonlijke relaties mogen mijn (medische en/of sociale) persoonsgegevens delen en mogen van mijn (medische en/of sociale) persoonsgegevens, die verstrekt worden door andere deelnemers, kennis nemen. Elke gebruiker ziet alleen die informatie die vanuit zijn/haar rol relevant is:

Functie/relatie/organisatie	Voorletter/Voornaam + achternaam
Huisarts	
Apotheek	
Zorgorganisatie	
Fysiotherapie/Ergotherapie/ Oefentherapie/Diëtist	
Dagopvang/Dagbesteding	
Anders, namelijk...	
Vertegenwoordiger cliënt (ouder/ kind/ mantelzorger)	Naam: E-mailadres (verplicht):

Op een later moment kunnen extra hulpverleners aan uw netwerk worden toegevoegd. Hiervoor wordt binnen OZOverbindzorg om uw, of die van uw vertegenwoordiger, toestemming gevraagd.

Ik ga akkoord met het gebruik van alle modules binnen OZOverbindzorg: Ja/nee*

Indien niet akkoord met alle modules kunt u hier aangeven welke specifieke (medisch en/of sociale) persoonsgegevens er gedeeld mogen worden:

Module	Akkoord	Module	Akkoord
Diabetes	Ja/nee*	GGZ	Ja/nee*
Hartfalen	Ja/nee*	Palliatieve zorg	Ja/nee*
Heupfractuur	Ja/nee*	Sociaal domein	Ja/nee*
Jeugd	Ja/nee*	Werkplan	Ja/nee*
Kwetsbare burger	Ja/nee*	Wondverzorging	Ja/nee*

* *doorstrepen welke niet van toepassing is*

Hierbij bevestig ik, of mijn vertegenwoordiger, dat ik instem met het verwerken van mijn gegevens, toegang geef aan bovenstaande personen en het verwerken van bijzondere persoonsgegevens aangaande de aangegeven modules in OZOverbindzorg:

Handtekening cliënt (of zijn vertegenwoordiger):

Plaats:

Datum: