



## Toestemmingsverklaring deelname Expertconsult

Ondergetekende:

Naam ouder/verzorger of jongere (>16):

Naam cliënt:

Geboortedatum cliënt:

verklaart hierbij toestemming te geven voor:

- het delen van relevante persoonsgegevens met M.W.F. Bezuijen, PDA-expert bij ZekerWel Autisme
- het bespreken van de casus tijdens een professioneel Expertconsult
- het opstellen van een kort consultverslag ten behoeve van de betrokken professionals

Ik begrijp dat:

- dit consult adviserend is
- er geen behandelrelatie ontstaat
- M.W.F. Bezuijen geen diagnoses stelt en geen behandeling verricht
- de verantwoordelijkheid voor begeleiding bij de betrokken professionals/organisatie blijft

Ik ga akkoord met tijdelijke verwerking van bovenstaande gegevens, welke uiterlijk 3 maanden na afronding van het consult worden verwijderd.

Naam:

Handtekening:

Datum: