**Personalia**

|  |  |
| --- | --- |
| Voornamen |  |
| Roepnaam M/V |  |
| Achternaam |  |
| Adres |  |
| Postcode/ woonplaats |  |
| Geboortedatum & geboorteplaats |  |
| Burgerservicenummer |  |
| Nationaliteit |  |

**Gegevens betreffende ouders/ verzorgers**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **vader** | **moeder** | **overig**  |
| Achternaam |  |  |  |
| Voornaam |  |  |  |
| E-mailadres |  |  |  |
| Telefoon |  |  |  |

## Zorgverzekeraar/Indicatie

|  |  |
| --- | --- |
| Zorgverzekeraar |  |
| Polisnummer |  |
| Adres zorgverzekeraar |  |
| Postcode/plaats |  |
| Is er een geldige CIZ indicatie aanwezig | Ja/nee Zo ja: kopie meesturen |
| Zo niet, is er een CIZ indicatie aangevraagd? | Ja/nee |

**Diagnose**

|  |  |
| --- | --- |
| Wat is de diagnose van uw kind ? |  |

# Gegevens huisarts/specialisten

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Specialisatie | Naam arts | Ziekenhuis/ adres | Telefoonnummer |
| Huisarts |   |   |   |
| Kinderarts |   |   |   |
| Revalidatiearts |   |   |  |
| Kinderneuroloog |  |  |  |
| Radiologie foto's heupen / rug / beeldvorming hersenen (\*doorhalen wat niet van toepassing is)  |   |   |  |
| Kinderorthopeed |  |  |  |
| longarts |  |  |  |
| kno arts |  |  |  |
| Andere specialist: |  |  |  |

**Zijn er hulpverleningscontacten (geweest) met andere instellingen?**

Ja/nee[[1]](#footnote-1)

|  |  |
| --- | --- |
| Naam instantie |  |
| Adres |  |
| Postcode/plaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Contactpersoon |  |
| Contact gestopt | Ja/nee |
| Naam instantie 2 |  |
| Adres |  |
| Postcode/plaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Contactpersoon |  |
| Contact gestopt | Ja/nee  |

**Dagen dagbesteding:**

Aantal dagen: ………….

Voorkeursdagen[[2]](#footnote-2): maandag/ dinsdag/ woensdag/ donderdag/ vrijdag

**Ingevuld d.d.**

**Naam:**

**Handtekening**

Als u naar aanleiding van de aanmelding nog vragen of opmerkingen heeft dan kunt u de ruimte hieronder daarvoor gebruiken.

*Formulier opsturen naar Stichting Omega, t.a.v. de administratie, F.D. Kahlenbergstraat 66,*

*1087 LL Amsterdam of per mail* *algemeen@stichtingomega.nl*

**Toestemmingsformulier voor gebruik van mijn persoonsgegevens, waaronder gezondheidsgegevens, door Stichting Omega.**

Met dit formulier geef ik \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ((wettelijk) vertegenwoordiger van­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) toestemming om mijn[[3]](#footnote-3) persoonsgegevens, waaronder gezondheidsgegevens, te gebruiken door Stichting Omega.

*Doelen*

Het kan gaan om het vastleggen van mijn persoonsgegevens in het cliëntdossier of bijvoorbeeld om het opvragen bij of verstrekken van mijn persoonsgegevens aan andere (zorg)organisaties en/of individuele zorgverleners. Mijn persoonsgegevens worden gebruikt voor het leveren van goede zorg en het kunnen waarborgen van de kwaliteit door Stichting Omega.

Daarnaast kunnen foto’s, filmpjes en/of geluidsopnames worden gemaakt waarop ik te zien en/of te horen ben en die Stichting Omega graag wil gebruiken. Foto’s, filmpjes en/of geluidsopnames worden gebruikt om te laten zien welke sociale activiteiten er georganiseerd zijn of gaan worden. Dit kan naar familie en verwanten worden gestuurd, maar ook worden geplaatst op sociale mediakanalen. Het doel hiervan is het maatschappelijk inspireren en het vergroten van naamsbekendheid van Stichting Omega.

Het toestemmingsformulier geeft voor beide doelen meerdere keuzemogelijkheden aan.

Waarvoor ik toestemming geef, heb ik hierna ingevuld.

**A Toestemming voor het gebruiken van persoonsgegevens, waaronder gezondheidsgegevens, voor zorginhoudelijke doelen.**

Gebruik van persoonsgegevens om goede zorg te kunnen leveren en kwaliteit te kunnen waarborgen door Stichting Omega ten behoeve van:

* zorgondersteunende functies zoals: dossier­beheer, intercollegiale toetsing, intervisie, supervisie, opleiding, kwaliteits­bewaking, kwaliteits­bevordering en (wetenschappelijk) onderzoek. □ Ja □ Nee
* Onderaannemers waarvan Stichting Omega □ Ja □ Nee

gebruik maakt.

* Individuele zorgverleners □ Ja □ Nee

(huisarts, tandarts, fysiotherapeut)

* Ziekenhuis, medisch specialist, namelijk;
	+ Kinderarts □ Ja □ Nee
	+ Revalidatiearts □ Ja □ Nee
	+ Kinderneuroloog □ Ja □ Nee
	+ Radiologie foto’s heupen/rug/beeldvorming hersenen/……… □ Ja □ Nee

(doorhalen wat niet van toepassing is)

* + Kinderorthopeed □ Ja □ Nee
	+ Longarts □ Ja □ Nee
	+ KNO arts □ Ja □ Nee
	+ Andere specialist:……………………………………………. □ Ja □ Nee
* (Oude) Dagbesteding □ Ja □ Nee
* Leveranciers medische hulpmiddelen □ Ja □ Nee

(rolstoelbedrijf, orthopedisch schoenmaker, e.d.)

* Organisaties: CIZ, CAK, Zorgkantoor □ Ja □ Nee
* Onderwijsinstelling □ Ja □ Nee

* Taxibedrijf, vervoersbedrijf □ Ja □ Nee
* Mantelzorger(s) van de cliënt □ Ja □ Nee
* Anders, namelijk: …………… □ Ja □ Nee

***Vink aan waarvoor wel of geen toestemming gegeven wordt.***

**B Toestemming voor het gebruiken van persoonsgegevens, waaronder**

**gezondheidsgegevens, verkregen tijdens sociale activiteiten die Stichting Omega graag wil delen met anderen via website of andere kanalen.**

Foto’s en film- en/of geluidsmateriaal voor maatschappelijke inspiratie en promotie

van Stichting Omega.

Intern gebruik:

* Nieuwsbrief □ Ja □ Nee
* Prikbord □ Ja □ Nee
* Intranet □ Ja □ Nee
* Intern berichtenverkeer (chat-groepen) □ Ja □ Nee
* Anders, namelijk: …………… □ Ja □ Nee

Extern gebruik:

* Website □ Ja □ Nee
* Folders □ Ja □ Nee
* Banners □ Ja □ Nee
* Flyers □ Ja □ Nee
* Fondsenwerving □ Ja □ Nee
* Anders, namelijk: …………… □ Ja □ Nee

Foto’s, geluid en filmmateriaal van activiteiten, feestjes en andere bijeenkomsten die op social media-accounts van Stichting Omega kunnen worden geplaatst:

* Facebook □ Ja □ Nee
* LinkedIn □ Ja □ Nee
* WhatsApp □ Ja □ Nee
* Instagram □ Ja □ Nee
* Twitter □ Ja □ Nee
* YouTube □ Ja □ Nee
* Anders, namelijk: …………… □ Ja □ Nee

***Vink aan waarvoor wel of geen toestemming gegeven wordt.***

Deze toestemming kan door mij op elk moment worden ingetrokken, vanaf dat moment worden de persoonsgegevens niet meer gebruikt.

**Daarnaast geef ik (wettelijk vertegenwoordiger) toestemming voor het doorgeven van mijn mailadres aan de ouderraad van Omega, uitsluitend voor jaarlijkse inning van de (vrijwillige) ouderbijdrage.**  □ Ja □ Nee

**Ondertekend en daarmee akkoord,**

Naam (wettelijk) vertegenwoordiger: Datum en plaats:

……………………………………… ……………………… te……………………………..

Handtekening:

………………………………………

1. Doorhalen wat niet van toepassing is. [↑](#footnote-ref-1)
2. Doorhalen wat niet van toepassing is [↑](#footnote-ref-2)
3. Wanneer de (wettelijk) vertegenwoordiger toestemming geeft dan worden hiermee de persoonsgegevens bedoeld van degene die hij vertegenwoordigt (de cliënt). [↑](#footnote-ref-3)