



Toestemmingsverklaring

Met dit formulier geef ik toestemming aan de **Diëtistenpraktijk Roots** om gegevens over mij te verwerken, zoals hierna wordt bepaald.

Voor mijn toestemming gelden deze voorwaarden:

- Mijn toestemming geldt alleen voor de specifieke gegevens die hieronder zijn vermeld.
- Ik heb uitleg gekregen over waarom deze gegevens nodig zijn om mij goed te kunnen helpen.
- Ik heb er vrij voor gekozen om toestemming te geven voor het gebruik van mijn gegevens zoals hieronder vermeld.
- Ik heb uitleg gekregen over wat de gevolgen zijn als ik (voor bepaalde) gegevens geen toestemming geef.
- Ik kan mijn toestemming altijd intrekken en dat kan ik doen door een e-mail te sturen naar info@dietistenpraktijkroots.nl.

Registratie van mijn persoonsgegevens

Hierbij geef ik toestemming aan **Diëtistenpraktijk Roots** (praktijk voor Voeding en Diëtetiek) om mijn volgende gegevens te registreren in haar cliëntvolgsysteem:

- naam
- geslacht
- adres
- telefoonnummer
- e-mailadres
- BSN nummer
- naam ziektekostenverzekeraar
- medische informatie voor zover deze relevant is voor de behandeling van de hulpvraag
- de concrete hulpvraag

Het doel van deze registratie is om aan mijn hulpvraag te kunnen voldoen en om de ontwikkeling in de tijd te kunnen volgen. Ook is dit noodzakelijk in verband met het voeren van de administratie.

Opvragen

Het opvragen van mijn gezondheidsgegevens bij mijn (huis) arts of medisch specialist mag alleen na mijn uitdrukkelijke toestemming en alleen als dit noodzakelijk is om aan mijn hulpvraag te voldoen.

Delen van mijn gegevens

Mijn gegevens mogen alleen gedeeld worden na mijn uitdrukkelijke toestemming en alleen indien dit noodzakelijk is om aan mijn hulpvraag te voldoen.

Naam:

Handtekening:

.....
Plaats

.....
Datum

Meer informatie over de verwerking van persoonsgegevens staat in de privacyverklaring die te vinden is op www.dietistenpraktijkroots.nl/privacy