

## Instemmingsformulier diagnostiek en eventueel behandeling Team Kind en Gezin

(voor patiënten onder de 16 jaar)  
(er dient per kind een instemmingsformulier te worden ingevuld)

### Gegevens kind

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Voor- en achternaam   |  |
| Adres                 |  |
| Postcode / woonplaats |  |
| Geboortedatum         |  |
| BSN-nummer            |  |

### Gegevens ouder(s)/verzorger(s):

Indien een kind onder de 16 jaar bij ARQ Centrum'45 wordt aangemeld, moeten alle wettelijke vertegenwoordigers van het kind hier toestemming voor geven.

|                                    |                                                            |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Voor- en achternaam ouder 1:       |                                                            |
| Voorletters:                       |                                                            |
| Heeft ouder 1 gezag over patiënt?: | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee |
| Adres ouder 1:                     |                                                            |
| Postcode / woonplaats ouder 1:     |                                                            |
| (Mobiel) telefoonnummer ouder 1:   |                                                            |
| E-mailadres ouder 1:               |                                                            |
| Patiënt woont bij ouder 1:         | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee |
|                                    |                                                            |
| Voor- en achternaam ouder 2:       |                                                            |
| Voorletters:                       |                                                            |
| Heeft ouder 2 gezag over patiënt?: | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee |
| Adres ouder 2:                     |                                                            |
| Postcode / woonplaats ouder 2:     |                                                            |
| (Mobiel) telefoonnummer ouder 2:   |                                                            |
| E-mailadres ouder 2:               |                                                            |
| Patiënt woont bij ouder 2:         | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee |

|                                                                         |                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                                                                         |                                                            |
| Is er sprake van een echtscheiding en/of co-ouderschap?                 |                                                            |
| Bij kind ouder dan 16 jaar: zijn ouders op de hoogte van de aanmelding? | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee |

### **Overige betrokken personen; verzorger/voogd**

|                                      |                                                            |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Relatie tot patiënt:                 |                                                            |
| Naam:                                |                                                            |
| Adres:                               |                                                            |
| Postcode / woonplaats:               |                                                            |
| (Mobiel) telefoonnummer:             |                                                            |
| E-mailadres:                         |                                                            |
| Heeft betrokkene gezag over patiënt? | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee |

Door dit formulier te ondertekenen bevestigen de wettelijk vertegenwoordigers akkoord te zijn met diagnostisch onderzoek en/of behandeling (indien geïndiceerd) binnen ARQ Centrum'45. Jeugdigen van 12 jaar of ouder dienen zelf ook in te stemmen met de aanmelding.

*Gezaghebbende ouder/verzorger/voogd:*

*Gezaghebbende ouder/verzorger/voogd:*

### **Contactgegevens**

Naam: .....

Naam: .....

Handtekening: .....

Handtekening: .....

Datum: .....

Datum: .....

Handtekening jeugdige (12 jaar of ouder)

Naam: .....

Handtekening: .....

Datum: .....