

BEZWAAR UITWISSELEN INFORMATIE

Naam en voorletters _____

Geboortedatum _____

Cliëntnummer _____

Hierbij verklaar ik bezwaar te hebben tegen informatieverstrekking en/of dossierinzage aan onderstaande personen/instellingen. Ik realiseer mij dat dit gevolgen kan hebben voor mijn behandeling en neem zelf volledig de verantwoordelijkheid voor de consequenties.

VNN mag geen informatie uitwisselen over mij en mijn behandeling met:

- _____
- _____
- _____
- _____

- VNN mag mijn dossier niet gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek of kwaliteitsbewaking, ook al zijn mijn persoonlijke gegevens daaruit gehaald.

Handtekening cliënt:

Datum handtekening:
