

# (MEDISCHE) VOLMACHT JEUGD- EN GEZINSPROFESSIONAL

(toestemming voor het gebruiken van (medische) informatie en het uitwisselen daarvan)

Door de hierna genoemde gebeurtenis heb ik (ondergetekende) schade geleden die ik wil verhalen op de aansprakelijke partij. De jeugd- en gezinsprofessional zal met mij diverse gesprekken voeren om uiteindelijk de (medische) aspecten van deze zaak te inventariseren en daarover te rapporteren. Het doel is om uiteindelijk te komen tot een plan van aanpak, gericht op herstel en het herstellen van de balans binnen het gezin.

## HIERBIJ GEEF IK (*benadeelde / letselschadeslachtoffer*):

Naam	Geboortedatum:
Straat:	
Plaats + Postcode:	Telefoonnummer:

## MET BETREKKING TOT (*datum + korte omschrijving schadeveroorzakende gebeurtenis*):

Korte omschrijving gebeurtenis:	Datum gebeurtenis:
---------------------------------	--------------------

## TOESTEMMING AAN (*de Jeugd- en gezinsprofessional*):

Jeugd- en gezinsprofessional:	Dossiernummer:
Straat:	
Plaats + Postcode:	Telefoonnummer:
Opdrachtgever(s):	Dossiernummer(s):

## OM:

Namens mij alle (medische) informatie in te zien en uit te wisselen die hij/zij noodzakelijk acht voor het opstellen van het plan van aanpak; en deze informatie te gebruiken om een plan van aanpak op te stellen en uit te wisselen met opdrachtgevers.
--

## ONDERTEKENING (*door benadeelde / letselschadeslachtoffer of diens wettelijke vertegenwoordiger*):

Plaats:	
Datum:	Handtekening:

(Zonder uw tegenbericht is deze medische volmacht geldig tot 2 jaar na datum van ondertekening)



Europalaan 500 (4e verdieping) 3526 KS Utrecht  
Correspondentieadres: Postbus 14 3500 AA Utrecht