



Formulier Vertegenwoordiging en Inzage zorgdossier

Inleiding

U neemt uw hele leven al zelf beslissingen over allerlei zaken. Zolang u dit kunt, blijft dat zo. Als cliënt van De Zorggroep beslist u zelf over uw verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding.

Er kan een moment komen dat u uw eigen belangen (tijdelijk) niet goed meer kunt overzien. En dat u (tijdelijk) niet goed meer kunt begrijpen wat er voor u geregeld moet worden. Dit kan komen door uw gezondheid, dementie of hersenletsel. De Zorggroep vindt het belangrijk dat er dan iemand is die voor u opkomt en uw belangen goed behartigt. Deze persoon noemen we uw vertegenwoordiger. Er zijn verschillende vormen van vertegenwoordiging. In de folder Vertegenwoordiging en belangenbehartiging van De Zorggroep leest u daar meer over.

De volgorde van vertegenwoordiging is wettelijk bepaald: 1. Een door de rechter benoemde curator of mentor; 2. een persoon die u eerder schriftelijk heeft aangewezen; 3. uw echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel; 4. een ouder, kind, broer of zus (binnen deze laatste categorie maken zij onderling afspraken over wie optreedt).

Als er niet al een curator of mentor door de rechter is aangewezen, kunt u met dit formulier schriftelijk vastleggen wie uw vertegenwoordiger is. U bepaalt zelf wie u daarvoor aanwijst. Zo weten uw familie/naasten en het zorgteam wie uw belangen mag behartigen als u dat zelf niet meer kunt.

U kunt slechts één persoon aanwijzen die namens u als vertegenwoordiger optreedt. Daarnaast kunt u een plaatsvervanger aanwijzen.

De vertegenwoordiger handelt in uw belang en betreft u zo veel mogelijk bij beslissingen.

Als u het formulier invult en aan uw zorgverlener geeft, bewaren wij dit in uw zorgdossier. U kunt uw toestemming te allen tijden intrekken, dit wordt dan met datum in het dossier genoteerd. Wanneer er twijfel is over wie de vertegenwoordiger is, of wanneer er een conflict ontstaat, handelt de zorgverlener volgens de regels van goede zorg. De zorginstelling kan dan, als dat nodig is, een (familie)mentor of curator aanvragen.

Vertegenwoordiging

Hierbij wijs ik (cliënt) de onderstaande persoon aan als mijn vertegenwoordiger voor beslissingen over mijn verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding. De vertegenwoordiger handelt als goed vertegenwoordiger, gaat zorgvuldig en verstandig te werk en betreft mij zo veel mogelijk bij beslissingen. Eerder afgegeven aanwijzingen/machtigingen voor vertegenwoordiging trek ik hierbij in.

Gegevens cliënt:

Naam (volledig):	
Geboortedatum en plaats:	
Adres:	
BSN (optioneel):	

Gegevens vertegenwoordiger:

Naam (volledig):	
Relatie tot cliënt:	
Geboortedatum en plaats:	
Adres:	
BSN (optioneel): ¹	
Telefoon (privé/werk) en e-mail:	

Plaatsvervangend vertegenwoordiger:

Naast mijn eerste vertegenwoordiger kan ik ook een tweede persoon aanwijzen die mijn belangen behartigt als mijn vertegenwoordiger dit niet meer kan of wil doen. De plaatsvervangend vertegenwoordiger treedt alleen in werking als de eerste vertegenwoordiger stopt, overlijdt, langdurig niet beschikbaar is of aangeeft de taak niet meer te kunnen uitvoeren. De plaatsvervangend vertegenwoordiger heeft geen rol zolang de eerste vertegenwoordiger zijn/haar taak uitvoert.

¹ Het BSN van de vertegenwoordiger wordt alleen verwerkt indien noodzakelijk voor identificatie in het zorgproces.

Gegevens plaatsvervangend vertegenwoordiger:

Naam (volledig):	
Relatie tot cliënt:	
Geboortedatum en plaats:	
Adres:	
BSN (optioneel): ²	
Telefoon (privé/werk) en e-mail:	

Toestemming voor inzage/afschrift (medisch) zorgdossier

De (plaatsvervangend) vertegenwoordiger heeft automatisch recht op inzage in mijn dossier en op informatie die noodzakelijk is voor de uitoefening van zijn/haar taak. Na mijn overlijden stopt het recht op inzage of een afschrift van het (medisch) zorgdossier van mijn vertegenwoordiger, tenzij ik daar uitdrukkelijk toestemming voor geef.

Toestemming voor inzage/afschrift (medisch) zorgdossier geldt ook na mijn overlijden (voor zover wettelijk toegestaan)

Toestemming voor inzage/afschrift (medisch) zorgdossier geldt niet na mijn overlijden

Ondertekening:

Plaats en datum:	
Handtekening cliënt:	

Plaats en datum:	
Handtekening vertegenwoordiger:	

Plaats en datum:	
Handtekening plaatsvervangend vertegenwoordiger:	

² Het BSN van de vertegenwoordiger wordt alleen verwerkt indien noodzakelijk voor identificatie in het zorgproces.

2. Inzage en afschrift (medisch) zorgdossier

Mijn vertegenwoordiger heeft automatisch recht op inzage/afschrift van mijn (medisch) zorgdossier en op de informatie die noodzakelijk is voor de uitoefening van zijn/haar taak.

Daarnaast geef ik ook onderstaande personen toestemming voor inzage en/of afschrift van mijn (medisch) zorgdossier.

- Deze geautoriseerde personen treden niet op als mijn vertegenwoordiger.
- Zolang ik hiertoe wilsbekwaam ben mag ik mijn toestemming voor inzage en/of afschrift intrekken.

Geautoriseerde persoon 1:

Naam (volledig):	
Relatie tot client:	
Adres/contactgegevens:	

Geautoriseerde persoon 2:

Naam (volledig):	
Relatie tot client:	
Adres/contactgegevens:	

Ondertekening:

Plaats en datum:	
Handtekening cliënt:	