

**Toestemmingsformulier voor informatie-uitwisseling tussen ………….. en Zorgkantoren Coöperatie VGZ.**

Ondergetekende,

Naam:

Adres en woonplaats:

geeft toestemming aan Zorgkantoren Coöperatie VGZ om onderstaande aangevinkte gegevens te verstrekken aan /op te vragen bij ……………..

(Svp doorstrepen wat niet van toepassing is)

0 Is er een indicatie voor de Wlz

0 Welk zorgprofiel

0 Verzilvering in zorg in natura of een persoonsgebonden budget

0 welke zorgaanbieder biedt zorg

0 toestemming voor opnemen contact met de zorgaanbieder

0 informatie over …………… op te vragen bij ………..

0 …………………….

Datum : Handtekening:

Plaats :

Dit formulier s.v.p. gescand verzenden naar emailadres klantadvieslz@vgz.nl of versturen naar postbus 676, 5600 AR Eindhoven.