

Bijlage 1

## Machtigings sociaal medische indicatie kinderopvang

### Verklaring aanvragende ouder

Bij deze geef ik,

Voorletter(s) \_\_\_\_\_

Achternaam \_\_\_\_\_

Straatnaam en huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_

Woonplaats \_\_\_\_\_

Ouder van \_\_\_\_\_

toestemming aan onderstaande artsen/specialisten om informatie te verstrekken aan het CJG team van de gemeente Hoogeveen en geef ik toestemming de beschikbare gegevens te gebruiken bij het opstellen van het advies ten behoeve van de Sociaal Medische Indicatie Kinderopvang.

#### Gegevens huisarts

Naam huisarts \_\_\_\_\_

Straatnaam en huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_

Woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

#### Gegevens specialist en/of hulpverlener

(alleen specialisten vermelden die uzelf heeft bezocht in het laatste jaar)

Naam specialist \_\_\_\_\_

Specialisme \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Ziekenhuis/instelling \_\_\_\_\_

Naam specialist \_\_\_\_\_

Specialisme \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Ziekenhuis/instelling \_\_\_\_\_

Datum

Handtekening aanvragende ouder

## Machtiging sociaal medische indicatie kinderopvang

### Verklaring partner of verzorger

Bij deze geef ik,

Voorletter(s) .....

Achternaam .....

Straatnaam en huisnummer .....

Postcode .....

Woonplaats .....

Ouder van .....

toestemming aan onderstaande artsen/specialisten om informatie te verstrekken aan het CJG team van de gemeente Hoogeveen en geef ik toestemming de beschikbare gegevens te gebruiken bij het opstellen van het advies ten behoeve van de Sociaal Medische Indicatie Kinderopvang.

#### Gegevens huisarts

Naam huisarts .....

Straatnaam en huisnummer .....

Postcode .....

Woonplaats .....

Telefoonnummer .....

#### Gegevens specialist en/of hulpverlener

(alleen specialisten vermelden die u partner heeft bezocht in het laatste jaar)

Naam specialist .....

Specialisme .....

Telefoonnummer .....

Ziekenhuis/instelling .....

Naam specialist .....

Specialisme .....

Telefoonnummer .....

Ziekenhuis/instelling .....

Datum

Handtekening partner of verzorger

## Machtiging sociaal medische indicatie kinderopvang

Verklaring kind (in te vullen door aanvragende ouder)

Bij deze geef ik,

Voorletter(s) \_\_\_\_\_

Achternaam \_\_\_\_\_

Straatnaam en huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_

Woonplaats \_\_\_\_\_

Ouder van \_\_\_\_\_

aan de onderstaande artsen/specialisten om informatie te verstrekken over mijn kind aan het CJG team, Gemeente Hoogeveen. Eveneens geef ik toestemming de beschikbare gegevens van het cliëntendossier Ouder- en Kindzorg, dan wel de Jeugdgezondheidszorg te gebruiken bij het opstellen van het advies ten behoeve van de Sociaal Medische Indicatie Kinderopvang.

### Gegevens huisarts

Naam huisarts \_\_\_\_\_

Straatnaam en huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_

Woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

### Gegevens specialist en/of hulpverlener

(alleen specialisten vermelden die uw kind heeft bezocht in het laatste jaar)

Naam specialist \_\_\_\_\_

Specialisme \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Ziekenhuis/instelling \_\_\_\_\_

Naam specialist \_\_\_\_\_

Specialisme \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Ziekenhuis/instelling \_\_\_\_\_

Vestiging consultatiebureau \_\_\_\_\_

Datum

Handtekening aanvragende ouder