**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TOESTEMMINGSVERKLARING**

**Uitwisselen en gebruik van gegevens**

Om vanuit het CAR Glorieux te kunnen voorzien in een integrale diagnostiek en hulpverlening vinden wij het belangrijk om met alle partners die bij de zorg voor uw kind betrokken zijn, contact te kunnen leggen en gegevens te kunnen uitwisselen.

In het kader van privacywetgeving, willen wij u toestemming vragen voor het delen van de volgende persoonsgegevens. U kan altijd terugkomen op de door u gegeven toestemming. Ook mag u op een later moment alsnog toestemming geven.

Ik, ondergetekende, …..…………………………………………………………………………………..., ouder van ……………………………………………………………………. Geboortedatum ……………………… geef hierbij de toestemming voor :

|  |
| --- |
| Het **opvragen van gegevens** met instanties die vroeger en/of nu betrokken zijn bij de diagnostiek en hulpverlening van mijn kind □ Alle onderstaande of betrokken derden □ huisarts □ ziekenhuis □ pediater □ therapeut(en)□ verwijzer □ thuisbegeleiding □ COS □ CAR□ kinderdagverblijf □ school □ CLB □ ondersteuner □ ………………………………. |
| Het **uitwisselen van onderzoeks- en behandelgegevens** (vb. therapeutisch uurrooster; onderzoeksresultaten en verslagen; therapeutische doelen en evolutie; adviezen)□ Alle onderstaande of betrokken derden □ huisarts □ ziekenhuis □ pediater □ therapeut(en)□ verwijzer □ thuisbegeleiding □ COS □ CAR□ kinderdagverblijf □ school □ CLB □ ondersteuner  □ ………………………………. |
| □ Het **uitwisselen van behandel- en begeleidingsgegevens** via een **gedeeld digitaal platform** waar zowel ik als ouders als andere betrokken hulpverleners toegang tot kunnen krijgen |
| □ Het maken en gebruiken van **foto- en filmmateriaa**l van mijn kind voor louter **interne doeleinden** (vb. Interne opleidingen/vorming; diagnostiek en behandeling) |
| □ Het maken en gebruiken van **foto- en filmmateriaal** voor **externe doeleinden**  (vb. uithangen in de wachtruimtes en lokalen; folders; externe opleidingen/vorming; openbare  facebookpagina; openbare website) |

U kunt uw toestemming op elk moment intrekken door dit aan ons kenbaar te maken. Dit kan schriftelijk of via mail: *nok@werken-glorieux.be*

|  |
| --- |
| (Naam, handtekening, plaats, datum)  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DÉCLARATION DE CONSENTEMENT**

**Échange et utilisation des données**

Afin de pouvoir fournir un diagnostic et une assistance intégrés à partir du CAR Glorieux, nous pensons qu'il est important de pouvoir établir un contact et échanger des informations avec tous les partenaires impliqués dans les soins de votre enfant.

Dans le cadre de la législation sur la protection de la vie privée, nous souhaitons vous demander l'autorisation de partager les données personnelles suivantes. Vous pouvez toujours révoquer le consentement que vous avez donné. Vous pouvez également donner votre autorisation à une date ultérieure.

Je, soussigné, .........................................................................................., parent de ......................................................................... Date de naissance ................................. donne par la présente l'autorisation de :

|  |
| --- |
| **Demande de données auprès** des autorités qui étaient et/ou sont actuellement impliquées dans le diagnostic et l'assistance de mon enfant□ Toutes les parties ou tiers impliqués ci-dessous □ médecin généraliste □ hôpital □ pédiatre □ thérapeute(s)□ référent □ COS □ CAR □ le service de conseil à domicile □ crèche □ école □ PMS/CLB □ accompagnateur  □ ………………………………. |
| **Échanger des données d'examen et de traitement** (p.ex. Calendrier thérapeutique ; résultats et rapports d'examens ; objectifs thérapeutiques et évolution ; recommandations)□ Toutes les parties ou tiers impliqués ci-dessous □ médecin généraliste □ hôpital □ pédiatre □ thérapeute(s)□ référent □ COS □ CAR □ le service de conseil à domicile □ crèche □ école □ PMS/CLB □ accompagnateur  □ ………………………………. |
| □ **L'échange de données relatives au traitement et au conseil** par le biais **d'une plateforme numérique  partagée** à laquelle j'ai accès, ainsi que les parents et autres soignants concernés. |
| □ Prendre et utiliser **des photos et des films** de mon enfant à des fins **purement internes**  (Formation/éducation interne ; diagnostic et traitement) |
| □ Réalisation et utilisation de matériel **photographique et cinématographique** à des fins **externes** (p.ex.  affichage dans les salles d'attente et les salles de classe ; dépliants ; formation/éducation externe ; page  facebook publique ; site web public) |

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en nous en informant. Vous pouvez le faire par écrit ou par courrier électronique : *nok@werken-glorieux.be*

|  |
| --- |
| (Nom, signature, lieu, date) |