

AGR formulier 3: Toestemmingsformulier informatie-uitwisseling

[naam en adres revalidatie-
instelling]

Om de arbeidsgerichte revalidatie en mijn (toekomstige) arbeidsintegratie zo goed mogelijk te laten verlopen en aan te laten sluiten bij de mogelijke gevolgen die mijn beperkingen hebben voor mijn werk, is het nodig dat informatie wordt gedeeld met een aantal partijen. Daarom geef ik, [naam revalidant], hierbij toestemming aan [naam afdeling en revalidatie-instelling], om de volgende informatie over mijn functioneren in relatie tot werk door te geven aan of op te vragen bij de aangegeven personen of instantiesⁱ:

Werkgever

- ☐ Mijn werkgever mag geïnformeerd worden over de mogelijk gevolgen die mijn beperkingen hebben voor mijn werk en over de arbeidsgerichte revalidatie van [naam revalidatie-instelling].
- ☐ De re-integratiecoördinator mag bij mijn werkgever informeren naar de eisen van mijn werkfunctie en naar de arbeidsomstandigheden.

Bedrijfsarts

- ☐ Mijn bedrijfsarts mag geïnformeerd worden over mijn aandoening, over de mogelijk gevolgen die mijn beperkingen hebben voor mijn werk en over de arbeidsgerichte revalidatie van [naam revalidatie-instelling].
- ☐ (Medisch gerichte) vragen van mijn bedrijfsarts mogen door de re-integratiecoördinator of mijn behandelend arts van [naam revalidatie-instelling] beantwoord worden.
- ☐ De re-integratiecoördinator mag bij mijn bedrijfsarts informeren naar de eisen van mijn werkfunctie en naar de arbeidsomstandigheden.

UWV

- ☐ Het UWV mag geïnformeerd worden over de mogelijk gevolgen die mijn beperkingen hebben voor mijn werk en over de arbeidsgerichte revalidatie van [naam revalidatie-instelling].

ⁱ Graag per betrokkene het soort informatie dat gedeeld mag worden aankruisen

- ☐ (Medisch gerichte) vragen van mijn verzekeringsarts mogen door de re-integratiecoördinator of mijn behandelend arts van *[naam revalidatie-instelling]* beantwoord worden.

Afdeling arbeidsintegratie van de revalidatie-instelling

- ☐ Medewerkers van de afdeling arbeidsintegratie van *[naam revalidatie-instelling]* die betrokken zijn bij mijn arbeidsgerichte revalidatieproces en/of arbeidsintegratie mogen geïnformeerd worden over mijn aandoening, over mijn beperkingen en de mogelijke gevolgen daarvan voor mijn werk en over mijn werksituatie.
- ☐ Indien nodig voor mijn behandeling krijgen medewerkers van de afdeling arbeidsintegratie van *[naam revalidatie-instelling]* die betrokken zijn bij mijn arbeidsgerichte revalidatieproces en/of arbeidsintegratie toegang tot mijn elektronische patiëntendossier.

Psycholoog

- ☐ Bij de betreffende psycholoog van *[naam revalidatie-instelling]* mogen de resultaten van het neuropsychologisch onderzoek opgevraagd worden.

Het uitwisselen van informatie is alleen toegestaan wanneer dit in het kader van de arbeidsgerichte revalidatie gebeurt.

Plaats:

Datum:

Handtekening revalidant:

Plaats:

Datum:

Handtekening re-integratiecoördinator: