

|  |
| --- |
| **Informed consent**  Hierbij geeft …………………………………………., geboren…………………………………….. wonende te…………………………………………………………………………………………….  de toestemming aan de arts van het Forensisch outreachteam/beschut wonen (FENIX) om zijn medisch-psychiatrisch dossier op te vragen en overleg te plegen met de huidige en toekomstige partners (vb. de huisarts).  Ondergetekende is op de hoogte gebracht van de werking van het FENIX project.  Het medisch-psychiatrisch dossier zal met de nodige discretie behandeld worden.  Opgesteld in twee originelen te Leuven op …/…/202…  De patiënt verklaart hiervan één exemplaar gekregen te hebben. Het tweede exemplaar wordt bewaard in het patiëntendossier van FENIX.  Naam en handtekening cliënt Psychiater Fenix |
|  |
|  |