

**TOESTEMMINGSFORMULIER Informatieverstrekking derden**

Dit formulier is alleen geldig als het volledig is ingevuld!!

Achternaam: v l m l x

Voorletter(s) | Roepnaam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonadres:

Telefoonnummer(s):

Handtekening:

Datum:

Plaats:

Handtekening ouders | verzorgers:

1.

2.

(PS. Bij jonger dan 18 jaar oud dienen ook de ouders of verzorgers mee te tekenen)

• de cliënt stelt het wel / niet* op prijs dat informatie vooraf bij de huisarts, specialist of collega-hulpverlener wordt ingewonnen. *doorhalen wat niet van toepassing is
Anders, nl:

• De cliënt stelt het wel / niet * op prijs dat gedurende de behandeling of achteraf verslag wordt gedaan aan de huisarts en / of collega-verwijzer.
Anders, nl:

Als er informatie wordt aangevraagd, zal voorafgaand altijd met de client worden overlegd of de keuze die op dit formulier wordt aangegeven nog van toepassing is.



VH 816 A



Martijn Roordink GZ-Haptotherapeut