

## Toestemmingsformulier

....., te Vleuten

Hierbij verleen ik,

Dhr/Mw: .....

Adres: .....

Postcode en plaats: .....

BSN (Burger Service Nummer) .....

Wel/geen toestemming aan Mw. Drs. S.M.C. Hickox, GZ-haptotherapeut, praktijkhouder op de Herman Heijermansstraat 3 te Vleuten, om in het kader van mijn behandeling en gedurende de looptijd van mijn behandeling, overleg te hebben met mijn huisarts/behandelend psycholoog/psychiater over de voortgang van mijn behandeling en om medische gegevens uit te wisselen.

Huisarts: .....

Telefoon: .....

Vestigingsplaats:.....

Psycholoog: .....

Telefoon: .....

Vestigingsplaats:.....

Psychiater: .....

Telefoon: .....

Vestigingsplaats:.....

Tevens heb ik kennisgenomen van de volgende verklaring:

Privacyverklaring

Dit formulier is te downloaden via de website: [www.haptotherapieleidscherijn.nl](http://www.haptotherapieleidscherijn.nl).

Daarnaast heb ik de volgende formulieren ondertekend:

Behandelovereenkomst Haptotherapie Leidscherijn

Toestemmingsformulier Haptotherapie Leidscherijn

Beide formulieren zijn te downloaden via de website: [www.haptotherapieleidscherijn.nl](http://www.haptotherapieleidscherijn.nl). Beide formulier worden ondertekend door u en de therapeut, en opgenomen in uw cliënt-dossier.

Handtekening cliënt

handtekening haptotherapeut

.....

.....