

Toestemmingsformulier

Hierbij verleen ik,

....., te Vleuten

Dhr/Mw:
Adres:
Postcode en plaats:
Emailadres:
Geboortedatum:
Verzekering en klantnummer:

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:

- Privacyverklaring
- Algemene voorwaarden

Daarnaast heb ik de volgende formulieren ingevuld en ondertekend:

- Behandelovereenkomst Haptotherapie Leidscherijn
- Intakeformulier Haptotherapie Leidscherijn

De hierboven genoemde documenten zijn te downloaden via de website:

www.haptotherapieleidscherijn.nl.

Handtekening cliënt

handtekening GZ-Haptotherapeut

.....

.....