

**Toestemmingsformulier Kind <16 jaar**

....., te Vleuten

Hierbij verleen ik, ....., ouder/verzorger van:

Naam kind < 16 jaar: .....  
Adres: .....  
Postcode en plaats: .....  
Geboortedatum: .....  
Verzekering en klantnummer: .....

**Wel/geen** toestemming aan Mw. Drs. S.M.C. Hickox, GZ-Haptotherapeut, om in het kader van de behandeling en gedurende de looptijd van de behandeling van mijn kind, overleg te hebben met zijn/haar huisarts/behandelend psycholoog/psychiater over de voortgang van de 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 Kind Haptotherapie Leidscherijn

De hierboven genoemde documenten zijn in te zien en te downloaden via de website:

[www.haptotherapieleidscherijn.nl](http://www.haptotherapieleidscherijn.nl).

Naam en handtekening kind (tussen 12 en 16 jaar): .....

Handtekening ouder/verzorger

handtekening GZ-Haptotherapeut

.....

.....