

TOESTEMMINGSVERKLARING



Ondertekende(n), ouder(s) van

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoon:

Email:

geven de behandelaar* van de Kinderpraktijk toestemming voor het aangaan van afspraken voor behandeling en/of onderzoek. Binnen het onderzoeks- en / of behandeltraject geven ouders toestemming voor contact met derden (scholen, medebehandelaars etc.) indien dit nodig is.

Naam school: _____

Naam huisarts: _____

Overige artsen/ therapeuten (kinderarts, fysiotherapeut, psycholoog, logopedist etc. die van belang kunnen zijn (naam, functie):

In geval van gezamenlijk gezag moeten beide betrokken ouders hieronder tekenen.

Naam ouder/verzorger¹:

Naam ouder/verzorger²:

Datum:

Plaats:

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Handtekening: