

Toestemmingsformulier 0-12 jaar

Naam:

Geboortedatum:

Adres:.....

Postcode & woonplaats:.....

Ondergetekende verleent de behandelend therapeut van Praktijk Alles Kids toestemming voor het opvragen en uitwisselen van informatie ten behoeve van de behandeling met de:

☐ Huisarts.....	☐ (Kinder)Fysiotherapie.....
☐ Medisch specialist.....	☐ Logopedie.....
☐ Revalidatiecentrum.....	☐ Ergotherapie.....
☐ Jeugdarts /Consultatiebureau.....	☐ Schoolbegeleiding (IB'er).....
☐ Verpleegkundige.....	☐ Leerkracht van school.....
☐ Maatschappelijk werk.....	☐ Anders.....

- U geeft toestemming voor het (digitaal) verzenden van rapportages.
- Dat u uw kind heeft geïdentificeerd via een geldig identiteitsbewijs.
- In te stemmen met het samengestelde en besproken behandelplan.
- U bent op de hoogte van het feit dat bij niet tijdig (24 uur van tevoren) afzeggen van de behandeling, deze bij u in rekening wordt gebracht. Dit geldt ook voor behandelingen die plaatsvinden op school.
- Bij behandeling op school zijn de ouder(s)/verzorger(s) aanwezig bij de intake, anamnese en onderzoek, evenals het afstemmen van het behandelplan en de tussen- en eindevaluatie.
- De juiste informatie te hebben gegeven aan de behandelend therapeut inzake eerder ondergane behandeling(en).
- U bent op de hoogte met welke zorgverzekeraars wij een contract hebben. Kijk hiervoor op onze website onder 'Tarieven'. Indien wij geen contract hebben met uw zorgverzekeraar dan gelden de praktijk tarieven en dien je zelf de rekening in bij de zorgverzekeraar. Afhankelijk van de polis krijg je een percentage vergoed.
- U bent geïnformeerd over de geldende klachtenregeling (zie website).
- U geeft toestemming voor het versturen van een enquête over patiënttevredenheid.

Plaats:.....

Datum:.....

Naam ouders/verzorger

Naam ouders/verzorger

.....
Handtekening

.....
Handtekening (in geval van gescheiden ouders)

.....

.....