

TOESTEMMINGSFORMULIER BEHANDELING | 0 – 12 JAAR

Gegevens

Naam kind: _____
Geboortedatum: _____

Toestemming informatie-uitwisseling

Ik verleen toestemming voor het opvragen en uitwisselen van informatie met (kruis aan wat van toepassing is):

ALLE onderstaande zorgverleners

- | | | | |
|--|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Huisarts | <input type="checkbox"/> Medisch specialist | <input type="checkbox"/> Revalidatiecentrum | <input type="checkbox"/> Jeugdarts |
| <input type="checkbox"/> Verpleegkundige | <input type="checkbox"/> Maatschappelijk werk | <input type="checkbox"/> (Kinder)fysiotherapie | <input type="checkbox"/> Logopedie |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> Kinderpsycholoog | <input type="checkbox"/> Schoolbegeleiding/IB'er | <input type="checkbox"/> Leerkracht |
| <input type="checkbox"/> Orthopedagoog | <input type="checkbox"/> Anders: | | |

Verklaringen — door ondertekening gaat u met alle onderstaande punten akkoord

- Ik geef toestemming voor het (digitaal) verzenden van rapportages aan betrokken zorgverleners.
- Ik heb mijn kind geïdentificeerd via een geldig identiteitsbewijs.
- Ik stem in met het besproken behandelplan en geef toestemming voor de behandeling.
- Ik ben op de hoogte van de annuleringsvoorwaarden: afzeggen binnen 24 uur wordt in rekening gebracht, ook bij behandeling op school.
- Bij behandeling op school zijn ouder(s)/verzorger(s) aanwezig bij intake, anamnese, onderzoek en evaluaties.
- Ik heb correcte informatie verstrekt over eerdere behandelingen en medische voorgeschiedenis.
- Ik ben op de hoogte van de contracten met zorgverzekeraars (zie www.praktijk-alleskids.nl/tarieven).
- Ik ben geïnformeerd over de klachtenregeling (zie www.praktijk-alleskids.nl/klachtenregeling).
- Ik geef toestemming voor verwerking van persoonsgegevens conform de AVG (zie [privacystatement](http://www.praktijk-alleskids.nl/privacystatement) op de website).
- Ik heb de algemene voorwaarden gelezen en ga hiermee akkoord (zie www.praktijk-alleskids.nl).
- Ik geef toestemming voor het versturen van een patiënttevredenheidsonderzoek.

Ondertekening

Ouder / verzorger 1

Naam: _____
Relatie: Ouder Wettelijk vertegenwoordiger
Plaats & datum: _____
Handtekening: _____

Ouder / verzorger 2 (indien van toepassing, zoals bij gescheiden ouders)

Naam: _____
Relatie: Ouder Wettelijk vertegenwoordiger
Plaats & datum: _____
Handtekening: _____