

## TOESTEMMINGSFORMULIER BEHANDELING | 12 – 16 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](http://www.praktijk-alleskids.nl/tarieven)).
- Ik ben geïnformeerd over de klachtenregeling (zie [www.praktijk-alleskids.nl/klachtenregeling](http://www.praktijk-alleskids.nl/klachtenregeling)).
- Ik geef toestemming voor verwerking van persoonsgegevens conform de AVG (zie privacystatement op de website).
- Ik heb de algemene voorwaarden gelezen en ga hiermee akkoord (zie [www.praktijk-alleskids.nl](http://www.praktijk-alleskids.nl)).
- Ik geef toestemming voor het versturen van een patiënttevredenheidsonderzoek.

### Ondertekening

Patiënt	Ouder / verzorger 1	Ouder / verzorger 2 (indien van toepassing, zoals bij gescheiden ouders)
Naam: _____	Naam: _____	Naam: _____
	Relatie: <input type="checkbox"/> Ouder <input type="checkbox"/> Wettelijk vertegenwoordiger	Relatie: <input type="checkbox"/> Ouder <input type="checkbox"/> Wettelijk vertegenwoordiger
Plaats & datum: _____	Plaats & datum: _____	Plaats & datum: _____
Handtekening: _____	Handtekening: _____	Handtekening: _____