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**

☐ Huisarts	☐ Medisch specialist	☐ Revalidatiecentrum	☐ Jeugdarts
☐ Verpleegkundige	☐ Maatschappelijk werk	☐ (Kinder)fysiotherapie	☐ Logopedie
☐ Ergotherapie	☐ Kinderpsycholoog	☐ Schoolbegeleiding/IB'er	☐ Leerkracht
☐ Orthopedagoog	☐ Anders: ……		

Verklaringen — door ondertekening gaat u met alle onderstaande punten akkoord

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

Ondertekening

Ouder / verzorger 1	**Ouder / verzorger 2 (indien van toepassing, wettelijk gezaghebbende wonende op een ander adres, zoals bij gescheiden ouders)** ☐ n.v.t.
Naam:	Naam:
Relatie: ☐ Ouder ☐ Wettelijk vertegenwoordiger	Relatie: ☐ Ouder ☐ Wettelijk vertegenwoordiger
Plaats & datum:	Plaats & datum:
Handtekening:	Handtekening: