

## TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR BEHANDELING VAN EEN MINDERJARIGE (12-16 jr)

### Gegevens van de minderjarige:

Naam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_

### Gegevens van de ouder(s) / wettelijke vertegenwoordiger(s):

Naam: \_\_\_\_\_

Relatie tot de minderjarige: \_\_\_\_\_

Adres (indien anders dan de minderjarige): \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

**E-mailadres:** \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_

Relatie tot de minderjarige: \_\_\_\_\_

Adres (indien anders dan de minderjarige): \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

**E-mailadres:** \_\_\_\_\_

### Informatie over de behandeling:

Naam therapeut:	Sonja van Rijck
Praktijknaam:	Zest for Life
Adres praktijk:	Louise de Colignystraat 10, 5616 ER Eindhoven_
Telefoonnummer praktijk:	06-11221673
E-mailadres praktijk:	info@zest4life.nl

Beschrijving van de behandeling(en): Natuurgeneeskundig consult / Massagetherapie

### Toestemming:

Ik, ondergetekende, verklaar dat ik als ouder/wettelijke vertegenwoordiger van bovengenoemde minderjarige:

- Volledig ben geïnformeerd over de aard, het doel en de mogelijke effecten van de voorgestelde behandeling;
- Begrijp dat de behandeling complementair is en geen vervanging is voor reguliere medische zorg;
- Toestemming geef aan de natuurgeneeskundig therapeut om mijn kind te behandelen;
- Begrijp dat ik te allen tijde de behandeling kan beëindigen;
- Op de hoogte ben van de privacyregels en het beleid inzake gegevensbescherming.

**Handtekeningen:**

Ouder/wettelijke vertegenwoordiger 1: \_\_\_\_\_

Handtekening

Datum: \_\_\_\_\_

Ouder/wettelijke vertegenwoordiger 2 (indien van toepassing):

Handtekening

Datum: \_\_\_\_\_

**Handtekening therapeut:**

Naam therapeut: Sonja van Rijck

Handtekening:

Datum: \_\_\_\_\_

**Privacy en vertrouwelijkheid:** De verstrekte gegevens worden vertrouwelijk behandeld conform de AVG-wetgeving en de richtlijnen van de Beroepsvereniging VBAG.