

Zorgovereenkomst en privacy verklaring

Algemene gegevens:

| | |
|---|--|
| Dhr. / Mw. | |
| Voorletter(s) en eventueel voornaam | |
| Achternaam , (zoals vermeld op het zorgverzekeringspasje) | |
| Adres | |
| Postcode | |
| Woonplaats | |
| Telefoon | |
| Geboortedatum | |
| Email adres | |
| Burgerservice nummer | |
| Polis nummer en zorgverzekeraar | |
| Indien van toepassing: Naam verwijzend arts of therapeut | |
| Adres verwijzend arts | |
| Postcode en woonplaats verwijzend arts | |
| Reden van verwijzing | |
| Datum eerste consult | |

De hulpvraag

| |
|--|
| |
|--|

Ik heb de algemene voorwaarden (voor een samenvatting zie de praktijkinformatie) en de privacyverklaring gelezen en ga akkoord met onderstaande:

- Ik geef toestemming voor het registreren van mijn gegevens
- Ik geef toestemming voor overleg met derden (huisarts, verwijzer, e.d.), indien dit voor het behandelproces noodzakelijk is.
- Ik geef toestemming voor:
 - Het versturen van rapportages naar de verwijzer Ja Nee
 - Het versturen van rapportages naar de huisarts Ja Nee
- Ik geef toestemming voor de notaopmaak

Handtekening

Wilt u dit formulier van te voren terugsturen?