

Toestemmingsverklaring behandeling minderjarige

Hierbij verklaart de heer / mevrouw* _____

Ouder(s) / verzorger(s) van: _____

geboren _____

Toestemming te geven aan Praktijk Oostdijk voor het opvragen en uitwisselen van informatie ten behoeve van de behandeling met de huisarts / specialist / jeugdarts / leerkracht / schoolbegeleidingsdienst / logopedie / maatschappelijk werk / Riagg / anders nl,

_____*,

Toestemming te geven voor het (digitaal) verzenden van rapportage;

De juiste informatie te hebben gegeven aan Praktijk Oostdijk inzake eerder ondergane behandeling(en) fysiotherapie in hetzelfde kalenderjaar;

Bij geen of onvoldoende vergoeding voor onderzoek en/of behandeling fysiotherapie, of een van de verbijzonderde vormen van fysiotherapie, de hiermee gepaard gaande kosten volgens de geldende tarieven te betalen;

Op de hoogte te zijn van het feit dat bij niet tijdig (24 uur van tevoren) afzeggen van de behandeling, deze niet in rekening gebracht kan worden bij de zorgverzekeraar. Deze behandeling kan dan bij u in rekening gebracht worden tegen het daarvoor geldende tarief;

Te zijn geïnformeerd over de geldende klachtenregeling van het KNGF;

Aldus getekend te _____ d.d. _____

Handtekening patiënt/ ouder/ wettelijke vertegenwoordiger*:

Email adres: _____

De verleende toestemming kan te allen tijde schriftelijk door de betrokkenen worden ingetrokken.

**doorhalen wat niet van toepassing is*