

TOESTEMMINGSVERKLARING

(vanaf 16 jaar)

voor het opvragen en uitwisselen van informatie ten behoeve van
kinderfysiotherapie

Naam:

Geboortedatum:

Naam ouder:

Adres:

Postcode + woonplaats:

geeft hierbij toestemming aan de (behandelend) kinderfysiotherapeut voor het opvragen en
uitwisselen van informatie ten behoeve van onderzoek en behandeling bij: *)

Huisarts

Specialist

Schoolarts

Consultatiebureau-arts

Leerkracht van school

Schoolbegeleidingsdienst.....

Logopedie

Maatschappelijk werk

Ergotherapie

Anders, nl.....

*) Vul s.v.p. de naam in van de zorgverlener met wie de kinderfysiotherapeut informatie uitwisselt.

Ik bevestig dat de kinderfysiotherapeut mij de bijbehorende informatiefolder* heeft
gegeven.

Ik heb de informatie gelezen over de Landelijke Database Fysiotherapie en geef toestemming
voor het opslaan van gegevens in de Landelijke Database Fysiotherapie.

Ik geef toestemming van het versturen van een enquête over patiënttevredenheid.

Plaats

Datum.....

Handtekening