



Toestemmingsformulier informatieverstrekking en overleg

Hierbij geeft:

de heer/mevrouw
straatnaam + huisnummer
postcode + woonplaats
geboortedatum

aan zijn/haar behandelaar mw. C.M.F. Krikhaar, GZ-Haptotherapeut,
toestemming voor eventuele rapportage en mondeling overleg met:

de huisarts

naam
adres/plaats
telefoon

eerdere / andere hulpverleners

naam
adres/plaats
telefoon

handtekening behandelaar

datum

handtekening client

datum