

Cliëntgegevens:

Naam : _____

Geboortedatum : _____

Straat en huisnummer : _____

Postcode/woonplaats : _____

telefoon : _____ : _____

Naam contactpersoon : _____ Relatie: _____

Telefoonnummer : _____ : _____

contactpersoon

Huisarts : _____

Verwijzer : _____

Klacht : _____

Verzekering : _____ Nr: _____

BSN : _____

ID-bewijs Paspoort/rijbewijs/ID-kaart Nr: _____

e-mailadres : _____

Ondertekende verklaart bovenstaande gegevens naar waarheid te hebben ingevuld en geeft toestemming voor het vastleggen van deze persoonsgegevens in het patiëntendossier. Tevens geeft hij toestemming voor het vastleggen van gezondheidsgegevens die relevant zijn voor de logopedische behandeling. Wij zijn wettelijk verplicht om dit dossier gedurende 15 jaar na de laatste behandeling of de achttiende verjaardag van het kind te bewaren.

Ondertekende gaat akkoord met het opvragen/verstrekken van informatie bij/aan:

- Huisarts
- (school)logopedist:
- Leerkracht:
- Overig:

Ondertekende is ervan op de hoogte dat afspraken die niet tijdig (24 uur van te voren of bij ziekte voor 8.00u) afgezegd worden in rekening worden gebracht en niet door de verzekeraar worden vergoed.

Handtekening: _____ op: _____