

## Toestemmingsformulier

Hierbij verleen ik,

Naam

-----

Adres

-----

Postcode en plaats

-----

BSN (Burger Service Nummer)

-----

Mevrouw Inge van Leeuwen, GZ-Haptotherapeut, praktijkhoudende op de Edelweisstraat 150 te Eindhoven, om in het kader van mijn behandeling en gedurende de looptijd van mijn behandeling, overleg te hebben met mijn huisarts / behandelend psycholoog over de voortgang van mijn behandeling en medische gegevens uit te wisselen.

Mijn huisarts:

Naam

-----

Vestigingsplaats

Telefoonnummer

-----

-----

Mijn behandelend psycholoog:

Naam

-----

Vestigingsplaats

Telefoonnummer

-----

-----

Datum:

Handtekening:

-----

-----