

Instemmingsverklaring

Voor behandeling van kind / jongere. Deze verklaring is een aanhangsel behorende bij de behandelovereenkomst van DOPPA zorg



• S.V.P. dit formulier volledig invullen.

• Vergeet niet om dit formulier te accorderen/ondertekenen.

• De velden met een * zijn verplicht indien van toepassing.

Betreft cliënt (kind / jongere):

Voornaam*
Achternaam*
Adres*
Postcode*
Woonplaats*
Geboortedatum*

Geef je toestemming?

Hierbij verklaren wij, als ouder(s) en/of wettelijk vertegenwoordigers van (zie bovenstaande), akkoord te gaan met de behandeling en/of begeleiding bij DOPPA zorg met betrekking tot onderstaande hulpvraag:

Akkoord volwassene

Datum:	Datum:
Naam moeder / verzorger/ gezaghebbende:	Naam vader / verzorger/ gezaghebbende:
Handtekening:	Handtekening:

Akkoord kind / jongere

Datum:	Datum:	Datum:
Naam kind / jongere:	Naam kind / jongere:	Naam kind / jongere:
Handtekening:	Handtekening:	Handtekening:

Contactgegevens

Telefoon:	053 478 7313
E-mail:	receptie@doppazorg.nl
Postadres:	Hogelandsingel 148 7512 GJ Enschede