

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 u 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

Datum:

Datum:

Datum:

Naam moeder / verzorger/
gezaghebbende:

Naam vader / verzorger/
gezaghebbende:

Naam kind / jongere:

Handtekening:

Handtekening:

Handtekening:

Contactgegevens

Telefoon:

085 00 79 000

E-mail:

receptie@doppazorg.nl

Postadres:

Lasondersingel 166
7514 BX Enschede