

# Instemmingsverklaring

Voor behandeling van kind / jongere. Deze verklaring is een aanhangsel behorende bij de zorgovereenkomst 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:  
Naam moeder / verzorger/  
gezaghebbende:  
Handtekening:

Datum:  
Naam vader / verzorger/  
gezaghebbende:  
Handtekening:

Datum:  
Naam kind / jongere:  
Handtekening:

## Contactgegevens

Telefoon: **085 00 79 000**  
E-mail: **receptie@doppazorg.nl**  
Postadres: Lasondersingel 166  
7514 BX Enschede