

GEGEVENS KIND

Naam: _____

Adres: _____

Postcode / Woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

Nationaliteit: _____

Huisarts: _____

GEGEVENS OUDER/VERZORGER 1

Naam: _____

Adres: _____

Postcode / Woonplaats: _____

Telefoon nummer: _____

E-mail adres: _____

Geboortedatum: _____

Nationaliteit: _____

GEGEVENS OUDER/VERZORGER 2

Naam: _____

Adres: _____

Postcode / Woonplaats: _____

Telefoon nummer: _____

E-mail adres: _____

Geboortedatum: _____

Nationaliteit: _____

**Geeft U toestemming om de persoonsgegevens op te slaan en te bewaren?
Ten dienste van het behandeltraject?**

Ja Nee

**Geeft U toestemming om na afloop van de behandeling mocht dit nodig zijn de huisarts en/of
verwijzer te informeren:**

Ja Nee

**Geeft het kind toestemming om vooraf, tijdens of na afloop van de behandeling de ouders te
informeren: (dit geldt voor kinderen vanaf 12 jaar)**

Ja Nee

**Gaat U akkoord met de tariefstelling van € 70,00 voor een consult
(incl.intakegesprek)**

Ja Nee

**Geeft U toestemming tot informatie aan een eventuele waarnemer tijdens afwezigheid van de
coach:**

Ja Nee

U betaalt de consulten direct na de sessie per pin.

De cliënt geeft hierbij toestemming deze gegevens en aantekeningen gemaakt tijdens de sessie te bewaren volgens de richtlijnen van de praktijk. Ouder(s) / verzorger(s) gaat / gaan akkoord met de algemene voorwaarden.

Door het maken van een vervolgspraak voor een behandeling bij NEI Praktijk Inner Peace gaat de therapeut ervan uit dat u kennis hebt genomen van en akkoord gaat met al het hierboven genoemde.

Er is toestemming nodig van beide ouder(s)/verzorger(s), ook in geval van scheiding

Datum: _____

Handtekening ouder/verzorger 1

Datum: _____

Handtekening ouder/verzorger 2

Datum: _____

Handtekening Coach
