



GEGEVENS

Naam: _____

Adres: _____

Postcode / Woonplaats: _____

Telefoon nummer: _____

E-mail adres: _____

Geboortedatum: _____

Nationaliteit: _____

Beroep: _____

Huisarts: _____

**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 U toestemming om vooraf, tijdens of na afloop van de behandeling de partner
te informeren:**

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 therapeut:**

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. U gaat akkoord met de algemene voorwaarden.

Door het maken van een vervolgafspraak 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.

Datum: _____

Naam: _____

Handtekening Coach

Handtekening cliënt(e)
