

**TOESTEMMINGSFORMULIER DE DAGELIJKSE PRAKTIJK
EXTRAMURALE PSYCHOSOMATISCHE ERGOTHERAPIE**

DE DAGELIJKSE PRAKTIJK
sonder sleep training
&
psychosomatische ergotherapie

CLIËNTGEGEVENS:

achternaam:

voorletters:

adres:

postcode en woonplaats:

telefoonnummer:

mobiel nummer:

geslacht:

geboortedatum:

zorgverzekeraar:

polisnummer:

BSN:

Client geeft geeft hierbij toestemming aan de (behandelend) ergotherapeut voor het opvragen en uitwisselen van informatie ten behoeve van onderzoek en behandeling bij:

Huisarts

Specialist

Praktijkondersteuner GGZ huisarts

Fysiotherapeut

Psycholoog

Anders, nl

Gegevens (para)medicus:

naam:

adres:

plaats:

email:

specialisme:

postcode:

telefoon:

bereikbaar op (dag/tijd):

De verleende toestemming kan te allen tijde door de betrokkene worden ingetrokken.

Naam:

Datum:

Handtekening:

praktijkadres:

Therapeutisch Centrum Leiden
Middelstegracht 131, 2312 TV Leiden

[inschrijvingen:](#)

postadres:

De Dagelijkse Praktijk
Julianalaan 3, 2215HA Voorhout
KP 699.015.132.90

t: +31611280226 (wo, vrij)

w: www.dedagelijksepraktijk.nl

e: martine.stroes@dedagelijksepraktijk.nl

KvK 66715687