



Toestemmingsverklaring behandeling

Hierbij verklaart ondergetekende als vader/moeder¹ met ouderlijke macht, dat hij/zij toestemming geeft voor het opstarten van een behandeling van
.....(naam kind) geboren op
.....(geboortedatum kind) binnen de praktijk van Melody PsyCare GGZ.

Ik wil via de praktijk op de hoogte gehouden worden van het verloop van de behandeling / Ik ga akkoord met informatie via de andere ouder / Ik ga akkoord met informatie via de gezinsvoogd / Ik hoef geen verdere informatie¹

Datum:

Naam:

Adres:

Plaats:

Handtekening:

¹ Doorhalen wat niet van toepassing is.