

VERKLARING VAN TOESTEMMING

Mevr./Dhr.	
Geboortedatum	
E-mail	
Telefoonnummer	
Huisarts	
<p>Verklaart toestemming te hebben gegeven aan de praktijk om:</p> <ul style="list-style-type: none">• Gedurende de looptijd van het traject vragenlijsten door te nemen en onderzoek uit te laten voeren door de therapeut.• Gedurende de looptijd van het traject, indien nodig, relevante medische gegevens op te (laten) vragen en rapportages te sturen naar huisarts, Arbo-arts, en/of specialist• Enquêtes vanuit praktijk en/of brancheorganisatie te laten sturen naar het opgegeven e-mailadres en deelname aan de anonieme dataverzameling Keurmerk fysiotherapie.• Bij ziekte of afwezigheid van behandelend therapeut, een vervangende therapeut de behandeling overneemt.• Afspraken welke niet of te laat worden geannuleerd (minimaal 24 uur van te voren) zullen bij u in rekening worden gebracht. <p>Ondergetekende is op de hoogte van het huisreglement, betalingsvoorwaarden en privacy policy van Fysiotherapie Soestdijk (zie website).</p>	
Plaats:	
Datum:	
Handtekening:	