

Mw. A. Martens

Logopedisten:

Mw. L. Sevens

**Cliëntgegevens:**

Naam: \_\_\_\_\_  
 Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
 Straat en huisnummer: \_\_\_\_\_  
 Postcode/woonplaats: \_\_\_\_\_  
 telefoon: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 Naam contactpersoon: \_\_\_\_\_ Relatie: \_\_\_\_\_  
 Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 contactpersoon: \_\_\_\_\_  
 Huisarts: \_\_\_\_\_  
 Verwijzer: \_\_\_\_\_  
 Klacht: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Verzekering: \_\_\_\_\_ Nr: \_\_\_\_\_  
 BSN: \_\_\_\_\_  
 ID-bewijs: Paspoort/rijbewijs/ID-kaart Nr: \_\_\_\_\_  
 e-mailadres: \_\_\_\_\_

Ondertekende verklaart bovenstaande gegevens naar waarheid te hebben ingevuld en geeft toestemming voor het vastleggen van deze persoonsgegevens in het patiëntendossier. Tevens geeft hij toestemming voor het vastleggen van gezondheidsgegevens die relevant zijn voor de logopedische behandeling. Wij zijn wettelijk verplicht om dit dossier gedurende 15 jaar na de laatste behandeling of de achttiende verjaardag van het kind te bewaren.

Ondertekende gaat akkoord met het opvragen/verstrekken van informatie bij/aan:

- Huisarts
- (school)logopedist:
- Leerkracht:
- Overig:

Ondertekende is ervan op de hoogte dat afspraken die niet tijdig (24 uur van te voren of bij ziekte voor 8.00u) afgezegd worden in rekening worden gebracht en niet door de verzekeraar worden vergoed.

Handtekening: \_\_\_\_\_ op: \_\_\_\_\_