

Toestemmingsformulier

Naam:

Geboortedatum:

Cliëntnummer:

Via deze verklaring ga ik akkoord met onderstaande:

- Ik geef toestemming voor het registreren van mijn gegevens, dit houdt in: de persoonsgegevens en de besproken informatie tijdens een consult. De gegevens worden geregistreerd voor het kunnen bieden van een optimale dieetbehandeling. Deze gegevens zullen conform de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) 15 jaar bewaard worden. Alle persoonsgegevens zijn beveiligd conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Ik heb ten alle tijden recht op inzage, correctie, aanvulling of vernietiging van het dossier.
- Wanneer mijn verzekering de kosten van de behandeling(en) niet (meer) dekt, worden de kosten op mij verhaald. Bijvoorbeeld wanneer de maximale vergoeding is bereikt of er geen aanvullende verzekering is.
- Wanneer ik verhinderd ben, meld ik me tenminste 24 uur voor mijn afspraak af. De behandeling wordt dan niet in rekening gebracht. Afspraken voor consulten op maandag dienen bij verhindering op voorgaande vrijdag te worden afgezegd via de mail (info@voedingenleefstijl.nl) en/of voicemail via telefoonnummer 0624210025. Bij niet of te laat afmelden zal het consult in rekening gebracht worden.
- Ik geef toestemming voor overleg met derden (huisarts, verwijzer, e.d.), indien dit voor het behandelproces noodzakelijk is.
- Ik geef toestemming voor:
Het versturen van rapportages naar de verwijzer Ja Nee
Het versturen van rapportages naar de huisarts Ja Nee
- Ik heb kennis genomen van de algemene voorwaarden van de Praktijk voor Voeding en Leefstijl.
- U bent ten alle tijden bevoegd tot het intrekken van de verleende toestemming.

Datum:

Handtekening (indien jonger dan 16 jaar, ondertekenen door ouder/voogd):