

TOESTEMMINGSFORMULIER

Hierbij verklaren ondergetekende(n) dat zij OPB toestemming verlenen voor het verrichten van psychodiagnostisch onderzoek en/of uitvoeren van behandeling bij:

Naam kind :

Geboortedatum :

Daarnaast verklaren ondergetekende(n) dat zij OPB toestemming verlenen voor het informeren van de onderstaande instanties en personen over het bovenstaande psychodiagnostisch onderzoek en/of behandeling en voor het opvragen van relevante onderzoeks-, behandel-, medische-, en/of schoolgegevens bij de onderstaande instanties en personen.

** S.v.p. aanvinken welke instanties van toepassing zijn en de naam van de betreffende persoon en/of instantie vermelden.*

Instantie:

Naam:

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Huisarts | |
| <input type="checkbox"/> School | |
| <input type="checkbox"/> Remedial Teacher | |
| <input type="checkbox"/> Psychologische instantie | |
| <input type="checkbox"/> Logopedische instantie | |
| <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut | |
| <input type="checkbox"/> Ziekenhuis | |
| <input type="checkbox"/> Ouders (vanaf 16 jaar) | |

Naam gezaghebbende vader : Handtekening:

Naam gezaghebbende moeder : Handtekening:

Handtekening cliënt(e) (vanaf 12 jaar) :

Datum/Plaats :

Let op: dit toestemmingsformulier dient door beide ouders met gezag ondertekend te zijn. Alleen dan kunnen er vervolgspraken in het kader van zorg worden gemaakt.