

## TOESTEMMINGSVERKLARING

(vanaf 16 jaar)

voor het opvragen en uitwisselen van informatie ten behoeve van  
kinderfysiotherapie

Naam: .....

Geboortedatum: .....

Naam ouder: .....

Adres: .....

Postcode + woonplaats: .....

geeft hierbij toestemming aan de (behandelend) kinderfysiotherapeut voor het opvragen en  
uitwisselen van informatie ten behoeve van onderzoek en behandeling bij: \*)

Huisarts .....

Specialist .....

Schoolarts .....

Consultatiebureau-arts .....

Leerkracht van school .....

Schoolbegeleidingsdienst.....

Logopedie .....

Maatschappelijk werk .....

Ergotherapie .....

Anders, nl.....

\*) Vul s.v.p. de naam in van de zorgverlener met wie de kinderfysiotherapeut informatie uitwisselt.

Ik bevestig dat de kinderfysiotherapeut mij de bijbehorende informatiefolder\* heeft  
gegeven.

Ik heb de informatie gelezen over de Landelijke Database Fysiotherapie en geef toestemming  
voor het opslaan van gegevens in de Landelijke Database Fysiotherapie.

Ik geef toestemming van het versturen van een enquête over patiënttevredenheid.

Plaats .....

Datum.....

Handtekening .....