**Afbeelding met tekst, Graphics, Lettertype, hart

Automatisch gegenereerde beschrijving**

Christien Abbink AGB code zorgverlener 90032712   
Nijverheidsweg 12 AGB code praktijk 90011643   
2215 MH Voorhout VNT code 06-017  
06-10946751 KvK 27354963  
[info@leefbewustgezond.com](mailto:info@leefbewustgezond.com) BTW nr NL125005490B01  
[www.leefbewustgezond.com](http://www.leefbewustgezond.com)

***Schriftelijke behandelovereenkomst Kinderen tot 16 jaar***Hierbij geven de ouder(s)/verzorger(s)/voogd toestemming aan Leef Bewust Gezond! voor behandeling van:

Naam kind Geboortedatum

Adres BSNnummer

Postcode/Woonplaats Emailadres

De informatie die tijdens het intakegesprek en consulten wordt uitgewisseld, is strikt vertrouwelijk en wordt alleen gebruikt in deze praktijk. De therapeut zal geen informatie inwinnen bij behandelend arts, therapeut en/of specialist zonder toestemming. Door ondertekening van de behandelovereenkomst verklaart de ouder(s)/verzorger(s)/voogd van de client(e):

* Zich door eigen beweging voor behandeling te melden
* Voor eigen rekening en aansprakelijkheid te willen en worden behandeld
* Bekend te zijn met de werkwijze en het behandelproces van de therapeut en toestemming geeft voor het verlenen van natuurgeneeskundige technieken voor de aangegeven klacht/doelstelling. Deze klacht en doelstelling zal elke sessie worden geëvalueerd en vastgesteld in het dossier. Voor informatie over werkwijze en behandelproces zie: www.leefbewustgezond.com
* Geïformeerd te zijn over en akkoord gaan met de algemene voorwaarden Leef Bewust Gezond! M.b.t. vertrouwelijkheid van de consulten/therapie, afspraken, behandelingen/consulten, vergoedingen van de consulten en betalingsvoorwaarden en weet dat deze op de website [www.leefbewustgezond.com](http://www.leefbewustgezond.com) te vinden zijn
* Dat u als client aan Leef Bewust Gezond! alle voor de behandeling van belang zijnde informatie verstrekt, zoals aanwezig in het medisch dossier van huisarts/specialist of andere behandelaars.

Eventuele, nadelige gevolgend die voortvloeien uit het achterhouden van informatie, aanwezig in het dossier van arts en/of overige behandelaars, zijn voor de verantwoordelijkheid van de ouder(s)/verzorger(s)/voogd van de client(e).

*Ondertekening op de volgende pagina*

Behandeling bij Leef Bewust Gezond! is alleen mogelijk als, naast de jeugdige vanaf 12 jaar, alle bevoegde gezagdragers toestemming hebben gegeven. Deze toestemming geldt ook voor de ouder, die wel ouderlijk gezag heeft maar niet bij de hulpverlening door Leef Bewust Gezond betrokken is. De toestemming geldt tot het moment dat dze wordt ingestrokken of de behandeling wordt beëndigd.

Datum:…………………………………. Plaats: ………………………………

Naam en handtekening Client: Handtekenig Leef Bewust Gezond!   
vanaf 12 jaar

………………………………….. ……………………………………….

**Naam moeder/verzorger:**

Ouderlijk gezag Toestemming  
0 ja 0 ja  
0 nee 0 nee

Datum: Handtekening:

**Naam vader/verzorger:**

Ouderlijk gezag Toestemming  
0 ja 0 ja  
0 nee 0 nee

Datum: Handtekening:

**Indien van toepassing Naam Voogd**

Ouderlijk gezag Toestemming  
0 ja 0 ja  
0 nee 0 nee

Datum: Handtekening: