

## Toestemming patiënt

Hierbij verklaart de heer / mevrouw\* \_\_\_\_\_,

geboren \_\_\_\_\_, ( indien zelf patiënt)

ouder(s)/verzorger(s) van \_\_\_\_\_,

geboren \_\_\_\_\_

- toestemming te geven aan de behandelend (kinder)fysiotherapeut(e) voor het opvragen en uitwisselen van informatie ten behoeve van de behandeling met huisarts/ specialist/ logopedist/leerkracht\*

\_\_\_\_\_ (naam vermelden!)  
anders; nl. \_\_\_\_\_

- toestemming te geven voor het fysiotherapeutisch onderzoek
- in te stemmen met het samengestelde en besproken behandelplan;
- wel / geen toestemming te geven voor het verzenden van het screeningsverslag aan de huisarts bij Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie
- in te stemmen met waarneming door een fysiotherapeut tijdens afwezigheid van de behandelend therapeut
- de juiste informatie te hebben gegeven aan de behandelend fysiotherapeut of administratief medewerkster van de praktijk inzake eerder ondergane behandeling(en) fysiotherapie in hetzelfde kalenderjaar;
- de juiste informatie te hebben gegeven aan de behandelend fysiotherapeut of administratief medewerkster van de praktijk inzake verzekeringsgegevens;
- bij geen of onvoldoende vergoeding voor onderzoek en/of behandeling fysiotherapie, of een van de verbijzonderde vormen van fysiotherapie, de hiermee gepaard gaande kosten volgens de geldende tarieven te betalen;
- de algemene betalingsvoorwaarden en de lijst met geldende tarieven ( voor niet verzekerde behandelingen ) te hebben gezien en hiermede akkoord te gaan;
- te zijn geïnformeerd over de klachtenregeling van het KNGF;
- een praktijkinformatiefolder te hebben ontvangen
- toestemming te geven voor het inzien van zijn/haar patientengegevens ten behoeve van interne en/of externe audits

Aldus getekend te \_\_\_\_\_ d.d. \_\_\_\_\_

Handtekening patiënt/ ouder/ wettelijke vertegenwoordiger\*:

*De verleende toestemming kan te allen tijde schriftelijk door de betrokkenen worden ingetrokken.*

\* Doorhalen wat niet van toepassing is.