



Toestemmingsverklaring

Cliënt(e),(naam),

geboren op ... - ... - (geboortedatum)

te (geboorteplaats),

geeft Psychologenpraktijk Fidelis toestemming om informatie op te vragen bij:

Naam instelling :

Contactpersoon :

Adres :

Postcode en Woonplaats:

Telefoonnummer :

In behandeling geweest van ... - ... - ... tot ... - ... -

En /of geeft psychologenpraktijk Fidelis toestemming om informatie te verstrekken aan:

Naam instelling :

Contactpersoon :

Adres :

Postcode en Woonplaats:

Telefoonnummer :

Naam

Datum

.....

.....

Handtekening

.....