

| GEGEVENS VAN HET KIND | |
|-----------------------|--|
| Naam | |
| Geboortedatum | |
| BSN | |
| ID-nummer | |

Bij deze geef ik Psychologen Praktijk Ebbers toestemming voor het uitvoeren van psychologisch onderzoek en/of behandeling bij onze zoon/dochter.

Ik geef wel/geen toestemming voor het maken van geluids- en/of beeldopnames.

(doorhalen wat niet van toepassing is)

Psychologenpraktijk Ebbers is lid van het NIP (Nederlands Instituut van Psychologen). Dit betekent dat wij gebonden zijn aan de beroepscode van het NIP. U kunt een exemplaar van deze beroepscode downloaden via www.psynip.nl. Tevens zijn wij wettelijk geregistreerd bij het ministerie van VWS als Gezondheidszorgpsycholoog (BIG register met bijbehorend tuchtrecht). De privacyregels worden conform de wet uitgevoerd.

Naam gezaghebbende 1: Handtekening gezaghebbende:

Datum ondertekening:

Naam gezaghebbende 2: Handtekening gezaghebbende:

Datum ondertekening:

Ondertekend formulier graag verzenden aan:

| |
|--|
| Psychologen Praktijk Ebbers |
| t.a.v. Drs. S. Ebbers Assendorperstraat 210, 8012CG in Zwolle info@ppebb.nl GZ-psycholoog, Registerpsycholoog Kind&Jeugd, Seksuoloog , Orthopedagoog-Generalist , EMDR-therapeut BIG-registratienr.: 59915884725 AGB-code zorgverlener: 94-012741 AGB-code praktijk: 94-59970 |