

Toestemmingsverklaring SALUD therapie

Naam:

Geboortedatum:

Clientnummer:

Via deze verklaring ga ik akkoord met het onderstaande:

- - Ik geef toestemming voor het registreren van mijn gegevens, dit houdt in: de persoonsgegevens en de besproken informatie tijdens een consult. De gegevens worden geregistreerd voor het kunnen bieden van een optimale dieetbehandeling. Deze gegevens zullen 15 jaar bewaard worden. Alle persoonsgegevens zijn beveiligd conform de algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Ik heb te allen tijde recht op inzage, correctie, aanvulling of vernietiging van het dossier.
- - Als mijn verzekering de kosten van de behandeling(en) niet (meer) dekt, worden de kosten op mij verhaald, bijvoorbeeld wanneer de maximale vergoeding is bereikt of er geen aanvullende verzekering meer is.
- - Wanneer ik verhinderd ben, meld ik me tenminste 24 uur voor mijn afspraak af. De behandeling wordt niet in rekening gebracht. In het weekend kan ik mij afmelden via de mail: hello@saludtherapie. Bij niet of te laat afmelden zal het consult in rekening worden gebracht.
- - Ik geef toestemming voor overleg met derden (huisarts, verwijzer, zorgverzekeraar, e.d.), indien dit voor het behandelproces noodzakelijk is.

- Ik geef toestemming voor:

het versturen van rapportage naar verwijzer

Het versturen van rapportages naar de huisarts

Het versturen van advies per mail

0 Ja 0 Ja 0 Ja

0 Nee 0 Nee 0 Nee

- Ik heb kennis genomen van de algemene voorwaarden van.....

Datum:

Handtekening (indien jonger dan 16 jaar, ondertekenen door ouder/voogd):