



Toestemmingsformulier behandelovereenkomst

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Cliëntnummer: _____

Middels deze verklaring ga ik akkoord met onderstaande:

1. 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 conform de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) 15 jaar bewaard worden. Alle persoonsgegevens zijn beveiligd conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Ik heb ten alle tijden recht op inzage, correctie, aanvulling of vernietiging van het dossier.
2. DPS dieetkunde zal, conform de AVG, geen inhoudelijke vragen in e-mail berichten beantwoorden. Deze kunt u telefonische of tijdens uw consult stellen. DPS dieetkunde zal, indien nodig, u tijdens een mondeling gesprek toegelichte richtlijnen, brochures, folders wel per e-mail verstrekken.
3. Wanneer ik verhinderd ben, meld ik me tenminste 24 uur telefonisch voor mijn afspraak af. De behandeling wordt dan niet in rekening gebracht. In het weekend kan ik mij afmelden via de mail (info@dieetkunde.nl) en/of voicemail via telefoonnummer (085-21 00 575). Bij niet of te laat afmelden zal het consult in rekening gebracht worden.
4. Ik geef toestemming voor overleg met derden (huisarts, verwijzer, e.d.), indien dit voor het behandelproces noodzakelijk is.

Het versturen van rapportages naar de verwijzer

0 Ja 0 Nee

Het versturen van rapportages naar de huisarts

0 Ja 0 Nee

U bent ten alle tijden bevoegd tot het intrekken van de verleende toestemming.

5. Ik heb kennis genomen van de hierboven genoemden voorwaarden van DPS dieetkunde

Datum: _____ - _____ - **2018**

Handtekening

Naam:

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

