



Toestemmingsverklaring

voor onderzoek en behandeling van minderjarige kinderen

Naam kind.....

Geboortedatum.....

Hierbij verklaar ik, ondergetekende, *wel/geen* toestemming te geven om bovengenoemde zoon/dochter te laten onderzoeken en behandelen bij Praktijk Passe Partout.

Bovenstaand geldt tot de toestemming schriftelijk wordt ingetrokken of de behandeling wordt beëindigd.

Vader *

Moeder *

Datum

Datum

Handtekening

Handtekening

* Ook indien u gescheiden bent dient door beide ouders toestemming gegeven te worden, mits beide het gezag hebben. Bij éénhoofdig gezag hier een schriftelijk bewijsstuk van meezenden.