

machtiging/toestemming

Hierbij machtig ik
Mw/Dhr/anders:

Adres:

Postcode & woonplaats:

Geboortedatum:

om Christine Buschgens, haptotherapeut, in het kader van mijn
behandeling, inhoudelijk overleg te hebben met mijn huisarts of
andere behandelaar, waarbij hij/zij geïnformeerd mag worden
over mijn (medisch)dossier.

mijn huisarts:

Naam:

Adres:

Postcode/Woonplaats:

Telefoonnummer:

en/of bij ondergenoemde behandelaar:

Naam:

Functie:

Adres:

Postcode/Woonplaats:

Telefoonnummer:

Datum:

Plaats:

Handtekening:
