

Perspectief

Psychologisch Adviesbureau
Praktijk voor Kinder- en Jeugdpsychologie
Hollandsch Diep 63-V 2904 EP Capelle aan den IJssel

tel. 010-4505887
www.perspectiefcapelle.nl
info@perspectiefcapelle.nl

Inschrijfformulier psychologisch onderzoek of psychologische behandeling

Personalia (cliënt)

Naam :

Geboortedatum :

Adres :

Postcode/Woonplaats :

Telefoonnummer :

Email adres :

BSN :

Verwijzer :

Contactgegevens ouder/verzorger 1

Naam :

Telefoonnummer :

Email adres :

Contactgegevens ouder/verzorger 2

Naam :

Telefoonnummer :

Email adres :

Toestemming

- ☐ Ik maak bezwaar tegen het delen van informatie met de verwijzer.
- ☐ Ik ga akkoord met begeleiding/behandeling/onderzoek bij Perspectief.

Wanneer er sprake is van vergoeding via de gemeentelijke afdeling Jeugdzorg wil de gemeente informatie van ons zoals uw adres, persoonlijke gegevens en BSN nummer. Ook het CBS vraagt dit soort informatie bij ons op vanwege de monitoring van de kosten van de jeugdzorg. Met ondertekening van dit formulier geeft

u hiervoor toestemming. De gemeenten en CBS hebben ons verzekerd dat ze vertrouwelijk met deze informatie omgaan.

Ondertekening

Ouder/verzorger 1 (indien cliënt jonger dan 16 jaar is)

Naam:.....

Datum:.....

Handtekening:.....

Ouder/verzorger 2 (indien cliënt jonger dan 16 jaar is)

Naam:.....

Datum:.....

Handtekening:.....

Jongere (indien 12 jaar of ouder)

Naam:.....

Datum:.....

Handtekening:.....