

---

## Toestemmingsformulier minderjarigen\*

\* jonger dan 16 jaar

**Naam patiënt(e)** .....

**Geboortedatum patiënt(e)** .....

**Leeftijd** .....jaar bij aanvang homeopathische behandeling

**Wilsbekwaam** De patiënte is wilsbekwaam ja/nee\*  
\* Alleen invullen als de patiënt(e) 12 jaar of ouder is.

**Contactgegevens  
gezagdragende ouder (1)**

**Naam:** .....  
**Adres:** .....  
**Postcode + Plaats:** .....  
**Telefoonnummer 1:** .....  
**Telefoonnummer 2:** .....  
**Email:** .....

**Contactgegevens  
gezagdragende ouder (2)**

**Naam:** .....  
**Adres:** .....  
**Postcode + Plaats:** .....  
**Telefoonnummer 1:** .....  
**Telefoonnummer 2:** .....  
**Email:** .....

**Contactgegevens  
voogd (1)**

**Naam:** .....  
**Adres:** .....  
**Postcode + Plaats:** .....  
**Telefoonnummer 1:** .....  
**Telefoonnummer 2:** .....  
**Email:** .....

**Behandelend homeopaat: [NAAM]**

[NAAM PRAKTIJK BEHANDELEND HOMEOPAAT]

**Bijzonderheden**  
(bijv. afspraken in  
ouderschapsplan die  
relevant kunnen zijn in het  
kader van de behandeling)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Bewaren dossier**

In aanvulling op het bepaalde in de behandelingsovereenkomst, bewaart de behandelend homeopaat het medische dossier:

voor een minderjarige patiënt	tenminste 20 jaar na het bereiken van de leeftijd van 18 jaar
voor een minderjarige patiënt die voor het bereiken van het 18e levensjaar overlijdt	tenminste 20 jaar, te rekenen vanaf 18 jaar na het geboortjaar

Met de ondertekening van deze toestemmingsverklaring, verklaren de ondergetekenden:

- op de hoogte te zijn van en in te stemmen met:
  - o de homeopathische behandeling van de patiënt(e) door de Behandelend homeopaat en/of diens waarnemer;
  - o de afspraken zoals verwoord in de behandelingsovereenkomst en de daarop van toepassing zijnde algemene voorwaarden;
- dat de ouder die met de patiënt(e) op consult komt:
  - o ook beslist namens de niet-aanwezige ouder;
  - o de niet-aanwezige ouder informeert over (het verloop van) de homeopathische behandeling.

Datum: ..... Plaats: .....

Handtekeningen

Patiënt(e)\*                      Ouder (1)                      Ouder (2)                      Behandelend homeopaat

\* 12 jaar of ouder

-----  
-----  
-----  
-----

 **[NAAM PRAKTIJK BEHANDELEND HOMEOPAAT]**, KvK-nummer: [nr]

Klompemakersweg 2, Woerden | 0348 234600 | [info@randstadhomeopaten.nl](mailto:info@randstadhomeopaten.nl) | [www.randstadhomeopaten.nl](http://www.randstadhomeopaten.nl) |

