

BEHANDELOVEREENKOMST KIND (0 – 12 JAAR)

Ondergetekenden therapeut en ouders verklaren hierbij te zijn overeengekomen dat de therapeut het hieronder genoemde kind mag behandelen met cranio sacraal therapie

De behandelovereenkomst wordt door de therapeut én beide ouders, als zij beide het ouderlijk gezag hebben, ondertekend en brengt voor alle partijen rechten en verplichtingen met zich mee, waarop zij aangesproken kunnen worden.

Met de ondertekening van deze overeenkomst verklaren ondergetekenden kennis te hebben genomen van en in te stemmen met de bepalingen*) waaronder de uitvoering van de behandeling zal plaatsvinden.

Naam kind:

Naam :

Adres :

Postcode en plaats :

Geboortedatum :

Datum en plaatst:

Naam moeder/voogd:

Adres:

Postcode en plaatst:

Telefoonnummer:

Naam vader/voogd

Adres:

Postcode en plaatst:

Telefoonnummer:

Handtekening moeder/voogd

Handtekening vader/voogd

Handtekening therapeut: Birthe Bunk

Fascianated – Cranio Sacraal Arnhem

Karthuizerstraat 45

6824 KB Arnhem

www.fascianated.nl

06 15 32 86 81

*) De bepalingen zijn: de HUISHOUDELIJKE REGELS & PRIVACY (waaronder mijn geheimhoudingsplicht) en de klachtenprocedure zoals opgenomen op mijn website.