

TOESTEMMING voor behandeling Kinderen tot 16 jaar

Verklaring toestemming ouder(s)/verzorger(s)/voogd voor behandeling van minderjarige kinderen

Behandeling van babys en kinderen door Elisabeth van Rijn, BOMISPI healing practice is alléén mogelijk als, álle bevoegde gezagsdragers toestemming hebben gegeven. Vanaf 12 jaar wordt het kind zelf ook om toestemming gevraagd. Deze toestemming geldt ook voor de ouder, die wel ouderlijk gezag heeft maar niet bij de hulpverlening door Elisabeth van Rijn, BOMISPI healing practice betrokken is.

Hierbij geven de ouder(s)/verzorger(s)/voogd aan (Elisabeth van Rijn, BOMISPI healing practice) toestemming voor behandeling van:

Naam kind:

Geboortedatum:

Kind van 12 jaar mag hier meetekenen voor akkoord voor behandelen:

De toestemming geldt tot het moment dat deze wordt ingetrokken of de behandeling wordt beëindigd.

Naam moeder/verzorger:

Ouderlijk gezag Ja Nee / Ja Nee

Toestemming Ja Nee / Ja Nee

Datum:

Handtekening:

Naam vader/verzorger:

Ouderlijk gezag Ja Nee / Ja Nee

Toestemming Ja Nee / Ja Nee

Datum:

Handtekening:

Praktijk: “de Roos”, PC hoofstraat 183, 1071 BW Amsterdam Contact: Pa Verkuyllaan 69, 1171 EB Badhoevedorp
Telefoon: 06 – 13 73 22 27 - Email: bomispi@gmail.com - Website: www.bomispi.nl

Naam voogd

Ouderlijk gezag Ja / Nee

Toestemming Ja / Nee

Datum:

Handtekening:

Toelichting

Toestemming van bevoegde gezagsdragers voor kinderen tot 12 jaar is wettelijk verplicht, voor kinderen van 12 tot 16 jaar is wettelijk verplicht, tenzij hier wettelijk gegronde redenen zijn om hier vanaf te wijken, vanaf 16 jaar is deze toestemming niet meer nodig. Op grond van de Wet Geneeskundige Behandel Overeenkomst (WGBO) moeten beide ouders die gezamenlijk het gezag hebben, altijd beiden toestemming geven voor onderzoek en/of behandeling van hun zoon/dochter. Dit geldt zowel in de situatie dat de ouders bij elkaar zijn als in de situatie dat de ouders gescheiden zijn.

Uitzondering

Tenzij een van de ouders met ouderlijk gezag / voogd met ouderlijk gezag EENZIJDIG de volledige verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid op zich neemt voor het verlenen van toestemming aan Elisabeth van Rijn, BOMISPI healing practice om haar/zijn kind te laten behandelen. In dat geval graag onderstaande toestemming/aansprakelijkheidsverklaring ondertekenen.

Naam Ouder/Voogd met Ouderlijk gezag die EENZIJDIG toestemming verleent en aansprakelijkheid op zich neemt voor de behandeling door Elisabeth van Rijn, BOMISPI healing practice

van kind (naam)

geboortedatum

Naam Ouder/Voogd

Datum:

Handtekening