**Betreft:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Voornaam en achternaam |  | | |
| BSN Nummer |  | | |
| Geboortedatum |  | J | M |
| Adres |  | | |
| Postcode en woonplaats |  | | |
| E-mailadres ouder(s) |  | | |
| Telefoonnummer ouder(s) |  | | |
| Huidige school |  | | |
| Groep / klas |  | | |
| Leerkracht / mentor |  | | |
| E-mailadres leerkracht / mentor |  | | |
| Naam huisarts |  | | |

**Verwijzer:**

Om in aanmerking te komen voor vergoede zorg, is een beschikking van de gemeente of een verwijzing van een arts (huisarts, jeugdarts of kinderarts) nodig. Bent u in het bezit van een:

0 Beschikking van de gemeente

0 Verwijzing van een arts

0 Geen beschikking of verwijzing aanwezig. Ik betaal de zorg zelf

(zie [www.praktijkspil.nl](http://www.praktijkspil.nl)) voor de tarieven.

**Reden van aanmelding:**

|  |
| --- |
| **Wat is de reden van aanmelding bij Praktijk Spil?** |
|  |

**Informatie opvragen:**

Het is gebruikelijk dat wij (waar nodig) de school en de verwijzer informeren over de aanmelding bij onze praktijk en vragen informatie op, om een zo goed mogelijk beeld te vormen.

Geeft u hier toestemming voor?

0 Ja

0 Nee

**Overeenkomst:**

Uw kind (of jijzelf) krijgt een onderzoek of een behandeling bij Praktijk Spil. Het onderzoek en / of de behandeling wordt uitgevoerd door een medewerker van Praktijk Spil.

U bent op de hoogte van het feit dat Praktijk Spil een opleidingspraktijk is en in die hoedanigheid stagiaires de kans geeft om te leren van de collega’s binnen de praktijk. Dit gebeurt onder strenge supervisie.

De gemeente vraagt (mits sprake is van vergoede zorg) de postcode, het huisnummer en de geboortedatum van uw kind. Wij proberen er zorg voor te dragen dat zo min mogelijk privacygevoelige informatie bij de gemeente bekend wordt gemaakt. In geval van zorg in de regio Hart van Brabant, kan het Beknopt Plan Jeugd opgevraagd worden door de gemeente.

U gaat akkoord met bovengenoemde voorwaarden en u bent op de hoogte van de hierboven genoemde informatie.

U geeft toestemming voor het starten van de zorg aan uw kind bij Praktijk Spil.

**Een akkoord door de handtekening(en) van gezaghebbende ouder(s) is verplicht voor kinderen en jongeren tot 16 jaar oud.** Ben je 16 jaar of ouder, dan is alleen jouw handtekening voldoende.

Ouder 1: Ouder 2 (indien van toepassing): Jeugdige (vanaf 12 jaar):

Datum: Datum: Datum:

Handtekening: Handtekening: Handtekening:

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