

## Zorgovereenkomst met de praktijk van Judith Rondeel - diëtist

Dhr/Mw :

Voorletter(s) en voornaam :

Achternaam :

Adres :

Postcode :

Plaats :

---

Burgerservicenummer :

*Alleen als de facturering rechtstreeks naar zorgverzekeraar gaat.*

Geboortedatum :

Telefoon :

E-mail :

---

Verzekeraar :

Polisnummer :

---

Naam huisarts :

Adres arts :

Indien arts heeft verwezen dan reden van verwijzing:

---

Datum 1<sup>e</sup> consult :

Wat is uw belangrijkste vraag?

Ik heb kennis genomen van de algemene voorwaarden (zie [www.dietisten.nl](http://www.dietisten.nl)) en reglementen (zie bijlage) en ga hiermee akkoord.

Ik ga akkoord dat mijn gegevens digitaal opgeslagen en verwerkt worden.

Handtekening:

***Indien de client jonger is dan 18 jaar, dan graag een handtekening van ouder/verzorgende!***

Wilt u dit formulier van te voren terug sturen of afgeven op de praktijk?