

CLIËNTENREGISTRATIEFORMULIER PSYCHOLOGENPRAKTIJK NOORDKOP				
Naam aangemeld kind:		BSN:		
Geboortedatum:				
Adres:				
Postcode en woonplaats: Telefoon:				
Ziektekostenverzekeraar en polisnr.:				
Huisarts (Naam, adres, tel):				
Andere kinderen: (omcirkel de naam van het kind dat u aanmeldt) Bij elk kind noemen: ziektekostenverzekeringsmaatschappij				
1. Naam:	Geb.:	BSN:	School/klas:	Polisnr./verz.mij.
2. Naam:	Geb.:	BSN:	School/ klas:	Polisnr./verz.mij.
3. Naam:	Geb.:	BSN:	School/ klas:	Polisnr./verz.mij.
4. Naam:	Geb.:	BSN:	School/klas:	Polisnr./verz.mij.
Naam ouder 1:				
Naam ouder 2: Bij beiden: BSN en Polisnr. Ziektekosten Verz.				
Geboortedatum:				
Adres:				
Hebt u bezwaar tegen het informeren van de verwijzer en/of de huisarts over uw contact met de Psychologenpraktijk Noordkop				
Ja/nee. Wie is uw verwijzer? (Naam en adres/tel.)				
Naam (eventuele) stiefouder:		BSN:	Polisnr./verz.mij.	
Geboortedatum:				
=====				
Ik ben/ wij zijn op de hoogte van het uurtarief Euro 85,00 en ga(an) daarmee akkoord. Ook ben ik/zijn wij op de hoogte van het klachtenreglement zoals beschreven op de website: www.psychologenpraktijknoordkop.nl De tarieven zijn conform de richtlijnen van de beroepsverenigingen NVO/NIP. Wijzigingen worden min. een maand voor de invoeringsdatum aan cliënten doorgegeven en worden zonder tegenbericht als akkoord verondersteld. Bij niet tijdige afzegging (min. 24 uur van tevoren) wordt het consult in rekening gebracht. Het klachtenreglement vindt u op www.psychologenpraktijknoordkop.nl				
Plaats:	Datum:	Handtekening:		