



Betreft: Toestemming informatieoverdracht
Datum: 01-01-2025

Hierbij geef ik toestemming aan mevrouw A.C. Ekelenkamp om telefonisch overleg te plegen, dan wel schriftelijke gegevens indien gewenst/noodzakelijk te verzenden naar/ontvangen van de genoemde externe partijen. Uitgewisselde informatie wordt nadien altijd teruggekoppeld (is bij deze toegevoegd).

Dit betreft overleg met/rapportage aan:

- Dhr./mevr. XX, huisarts
- indien nodig verder overleg met betrokken partijen (zoals PP & QQ) om de zorg goed te regelen
- eventueel betrokken specialisten RR en TT.

Naam:

Datum:

Handtekening:

Drs. A.C. Ekelenkamp,

Psychotherapeute BIG 79050729716
GZ-psycholoog BIG 59050729725

www.ekelenkamppsychotherapie.praktijkinfo.nl
Rabobank NL75 RABO 0111504570

a.c.ekelenkamp@outlook.com
ABN-AMRO NL19 ABNA 0466661495

mobiel 06-24859179
KVK 08192587

Lid NVG-t, Lid PPA
Lidmaatschap NIP, VGct, LVVP, VEN, VSt

29-12-2024