

Behandelovereenkomst 12 – 16 jaar

Ondergetekenden, therapeut Sophie Pothoven, cliënt en de betalende ouder, verklaren hierbij Craniosacraal therapie te zijn overeengekomen.

De behandelovereenkomst wordt door de therapeut, cliënt en betalende ouder ondertekend en brengt voor alle partijen rechten en verplichtingen met zich mee waarop zij aangesproken kunnen worden.

Met de ondertekening van deze behandelovereenkomst verklaren ondergetekenden kennis te hebben genomen van en in te stemmen met de bepalingen*¹ waaronder de uitvoering van de behandeling zal plaatsvinden.

Ondertekening

Plaats

Datum

Naam client

Adres

Postcode en plaats

Geboortedatum

Handtekening Client

Naam en handtekening therapeut

Craniokracht

Sophie Pothoven

Schipperslaan 4H6

1906BG Limmen

www.craniokracht.nl

GSM 0647677365

Handtekening

ad*¹ De bepalingen zijn: de huishoudelijke regels en privacy, waaronder mijn geheimhoudingsplicht en de klachtenprocedure zoals opgenomen op mijn website.