

Praktijk Dudok van Heel

Egelinglaan 45

3705 TB Zeist

030-2687168

[info@praktijkdudokvanheel.nl](mailto:info@praktijkdudokvanheel.nl)

[www.praktijkdudokvanheel.nl](http://www.praktijkdudokvanheel.nl)

Hierbij geef ik (Moeder)

(naam, geboortedatum) : …………………………………………………………………….…………..

Hierbij geef ik (Vader)

(naam, geboortedatum) : …………………………………………………………………….…………..

Gezaghebbende ouder (Moeder/verzorgende) van

(naam kind, geboortedatum) : …………………………………………………………………………..………

Gezaghebbende ouder (Vader/verzorgende) van

(naam kind, geboortedatum) : …………………………………………………………………………..………

toestemming voor onderzoek en behandeling bij de Praktijk Dudok van Heel te Zeist.

Plaats/datum : ………………….……………………………………………….………………

Handtekening :