



## **Informed consent**

*Informatie uitwisseling tussen eerstelijnspsycholoog en huisarts*

Ik, ..... (naam cliënt) geef  
toestemming aan mijn eerstelijnspsycholoog dat mijn huisarts op de hoogte mag  
worden gebracht van mijn behandeling.

Gegevens patiënt (naam en telefoonnummer): .....  
.....  
.....

Gegevens huisarts: .....  
.....  
.....

Handtekening:

Datum : \_\_ / \_\_ / \_\_