

DOKTERSATTEST VOOR HYPNOTHERAPY

Naam arts + stempel en handtekening:

Bovenstaande verklaart als behandelende arts van
onderstaande patiënt: Naam Patiënt:

Akkoord te gaan met de aanvullende behandeling met name:
HYPNOTHERAPY (Om het welzijn van bovenstaande patiënt te verbeteren).

De arts verklaart hierbij: Het proces nauwlettend op te volgen en de patiënt te controleren.

Alle wijzigingen in verband met medicatie worden door de arts beslist, eventueel in samenspraak met de patiënt wanneer de nieuwe toestand verbeteringen aantoont.

Bij eventuele vragen blijf ik ter uwe beschikking:

Hypnose Therapeut contactgegevens:

D'haene Jens, Alias CHT. Hypno Jens

Foreststraat 6, 8980 Zonnebeke

Telefoonnummer:0494/73.44.40

E-mailadres: hypnojens@gmail.com

Ondernemingsnummer: 0704.828.922 www.hypnojens.be

Opgemaakt te:_____

Datum:_____

'Dit attest geeft u een reductie van 30€ op elke geboekte sessie'.