

## DOKTERSATTEST VOOR HYPNOTHERAPIE

Naam arts + stempel en handtekening:

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

---

Akkoord te gaan met de aanvullende behandeling met name:  
HYPNOTHERAPIE (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

Stationsstraat 68, 8850 Ardooie.

Telefoonnummer:0494/73.44.40

E-mailadres: hypnojens@gmail.com

Ondernemingsnummer: 0704.828.922    [www.hypnojens.be](http://www.hypnojens.be)

Opgemaakt te:\_\_\_\_\_

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

'Dit attest geeft u een reductie van 50€ op elke geboekte sessie'.