

DOKTERSATTEST VOOR HYPNOTHERAPY

(Wettelijk verplicht)

Naam Dokter + 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

Sint - Petrus en Paulusstraat 14

8800 Roeselare - Rumbeke

0494/73.44.40

hypnojens@gmail.com

Opgemaakt te: _____

Datum: _____