



### Toestemming tot dienste

Hiermee gee ek toestemming aan dr. Elsha C Hermann dat:

My kind (naam en van).....aan verskeie groep/individuele sessies mag deelneem en dat verdere assessering en/of terapie voortvloeiend uit die groep/individuele sessies mag volg.

Ek verleen ook my toestemming dat toepaslike inligting aangaande die bogenoemde kind van ander persone en instansies verkry mag word, indien dit nodig blyk te wees.

Gevolgtik 'n lys van persone wat gekontak kan word om die hulpverlening aan my kind te versterk:

Naam	Hoedanigheid	Kontaknommer

Ek verleen ook toestemming dat, indien nodig, daar video- of klankopnames van die verloop van die groepsessie/assessering/terapie gemaak mag word. Sodanige opnames word streng vertroulik en anoniem hanteer (Kyk gedragskode).

Hiermee verklaar ek dat die inligting wat tydens die ondersoek verkry is en in die terugvoering of verslag vermeld is, NIE vir die doel van 'n geregtelike ondersoek aangewend sal word NIE.

Ek verklaar ook dat bogenoemde kind nie tans deur 'n ander sielkundige/berader/terapeut behandel word nie. Indien wel sal ek dr. E.C Hermann daarvan in kennis stel, sodat intervensies nie bots nie.

Ek neem kennis daarvan dat 'n geskeduleerde afspraak, ten minste 24 uur voor die tyd gekanselleer moet word. Indien ek in gebreke bly om dit te doen, sal ek aanspreeklikheid vir die gehefde tarief van daardie afspraak aanvaar. Die praktyk word op 'n kontantbasis bestuur, volgens 'n konsultasiefooi wat met die ouer/voog ooreengekom is.

Ek bevestig dat ek die praktyk, Elsha Kinderterapie se algemene inligting gelees het en my verbind om die betalings af te handel soos dit daar gestipuleer word.

**Naam van ouer/voog:** .....

**Handtekening van ouer/voog:** ..... **Datum:** .....