



Betreft: Toestemming informatieoverdracht  
Datum: xx-01-2026

Hierbij geef ik toestemming aan mevrouw A.C. Ekelenkamp om telefonisch overleg te plegen, dan wel schriftelijke gegevens indien gewenst/noodzakelijk te verzenden naar/ontvangen van de genoemde externe partijen. Uitgewisselde informatie wordt nadien altijd teruggekoppeld (is bij deze toegevoegd).

**Dit betreft overleg met/rapportage aan:**

- Dhr./mevr. XX, huisarts
- indien nodig verder overleg met betrokken partijen (zoals PP & QQ) om de zorg goed te regelen
- eventueel betrokken specialisten RR en TT.

Datum: .....

Naam: .....

Handtekening: .....

Drs. A.C. Ekelenkamp,

Psychotherapeute      BIG 79050729716  
GZ-psycholoog        BIG 59050729725

[www.ekelenkamppsychotherapie.nl](http://www.ekelenkamppsychotherapie.nl)  
Rabobank NL75 RABO 0111504570

[a.c.ekelenkamp@outlook.com](mailto:a.c.ekelenkamp@outlook.com)  
ABN-AMRO NL19 ABNA 0466661495

mobiel 06-24859179  
KVK 08192587

Lid NVG-t, Lid PPA  
Lidmaatschap NIP, VGCT, LVVP, VEN, VSt