

DOKTERSATTEST VOOR HYPNOTHERAPIE

Naam behandelende arts: _____

Stempel en handtekening: _____

Naam patiënt: _____

De behandelende arts verklaart hierbij:

Akkoord te gaan met de aanvullende behandeling van de patiënt, **hypnotherapie**, ten behoeve van het verbeteren van het welzijn van bovenstaande patiënt.

De arts verklaart verder:

- Het proces van hypnotherapie nauwlettend op te volgen en de patiënt regelmatig te controleren.
- Alle wijzigingen in verband met medicatie worden door de arts beslist, eventueel in samenspraak met de patiënt, wanneer er verbetering van de toestand zichtbaar is.

Bij eventuele vragen blijft de arts ter beschikking van zowel de patiënt als de behandelende hypnotherapeut.

Optimus Hypnos Ordo - Aangesloten Hypnotherapeut

De behandelende hypnotherapeut is een gecertificeerd lid van de **Optimus Hypnos Ordo** en beschikt over de benodigde professionele erkenning om hypnotherapie aan te bieden. (De naam en contactgegevens van de behandelende hypnotherapeut kunnen hieronder ingevuld worden door de therapeut zelf.)

Hypnotherapeut contactgegevens:

Naam: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Website: _____

Opgemaakt te: _____

Datum: _____

*Dit attest geeft u recht op een **gratis hypnose-audio** die u kunt gebruiken ter ondersteuning van uw therapie.*