



Cliënten intakeformulier

Neem rustig de tijd om dit formulier goed in te vullen. Het is bedoeld om een beeld te krijgen van jouw gezondheidstoestand volgens de Traditionele Chinese Geneeskunde. Alle informatie blijft vertrouwelijk.

Naam en voornaam	
Geslacht en geboortedatum	M / V geboortedatum: _____ / _____ / _____
Adres	
Postcode en Woonplaats	
Telefoonnummer thuis	
Telefoonnummer mobiel	06-
E-mail adres	
Emailadres van andere ouder bij minderjarige cliënt:	
Burgerlijke staat	
Kinderen? Aantal en leeftijd	
Beroep en studie	
Grootste hobby	
Lengte en gewicht	
In geval van nood: contactpersoon en telefoonnummer	
Zonder toestemming mogen wij geen gegevens vastleggen:	Geef je toestemming voor het vastleggen van gegevens in jouw cliëntendossier? Ja / Nee
Heb je bezwaar tegen de aanwezigheid van een stagiair(e) of collega-therapeut bij de behandeling? Ja / Nee	
Door het ondertekenen van dit formulier geef je toestemming voor behandeling met acupunctuur of TuiNa, inclusief aanvullende therapieën als moxa, guasha, cupping, auriculo, electro-acupunctuur en TRM (NAET). Vooraf wordt met jou overlegd wat de behandeling inhoudt en waar je eventueel rekening mee moet houden.	
Als je bekend bent met medische informatie (zoals aanwezig in het medisch dossier van arts / specialist of andere behandelaars) en je deze niet aan de therapeut verstrekt, realiseer je dan, dat dat kan leiden tot nadelige gevolgen waarvoor je in dit geval zelf verantwoordelijk bent.	
In bepaalde gevallen is het zinvol om overleg te plegen met uw huisarts, specialist of een collega-therapeut.	
<ul style="list-style-type: none">- Als dit het geval is, zal de therapeut dit met je overleggen. Pas na overleg én toestemming worden gegevens uitgewisseld. Alleen dan is het verstrekken van de gegevens van de huisarts / specialist nodig.- Overleg van casuïstiek uit de praktijk met collega-therapeuten of in intervisiegroepen gaat altijd anoniem en onherkenbaar.	



PRAKTIJK ACURE

Wat is de hoofdklacht en zijn er overige klachten? Begon het geleidelijk of ineens?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Bent je hiervoor eerder behandeld, wordt je nog behandeld?	Bijv. huisarts, specialist, psycholoog. Graag aangeven jaar+ diagnose
Aanwijzingen van de arts / therapeut?	Welke adviezen zijn in welke periode gegeven?
Resultaat van de behandelingen	Graag kort toelichten wat het resultaat is geweest.
Doelstelling en termijn	<p>Wat wil je over 2 / 4 / 6 / 8 / 10 / 12 weken kunnen doen wat je op dit moment niet kunt vanwege de klachten? Wat belemmert je het meeste?</p> <p>De therapie is voor mij succesvol afgerond als ik</p> <hr/> <hr/>
Commitment 0% of 100%?	Hoe gemotiveerd ben je om de klachten op te lossen? _____ %



Welke symptomen zijn er nu? Welke waren vroeger in ernstige mate aanwezig? V= vroeger N= nu

- | | | |
|--|--|---|
| V: N: | V: N: | V: N: |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abdominale pijn | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rillingen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Boosheid |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abnormale eetlust | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Koorts | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angst voor bekende dingen |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Misselijkheid / overgeven | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Excessief zweten | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angst voor onbekende dingen |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oprispingen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gebrek aan transpiratie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depressie |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maagzuur / reflux | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Opvliegers | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frustratie |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Winderigheid | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nachtzweeten | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verdriet |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Constipatie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Koude handen / voeten / neus | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Geïrriteerd zijn |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarree | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neiging om te warm te zijn | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stemningswisselingen |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zwarte ontlasting | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neiging om te koud te zijn | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Obsessie |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bloed in ontlasting | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paniek aanvallen |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Slijm in ontlasting | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Droge ogen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Onverteerd voedsel in ontlasting | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pijn aan de ogen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zorgen maken |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rectale pijn / aambeien | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jeukende ogen | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vaak laxemiddel gebruiken | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tranende ogen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> slachtoffer van kindermisbruik |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ongewoon veel dorst hebben | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Slechtziend | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> slachtoffer van huiselijk geweld |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Overgewicht | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nacht- / kleurenblind | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> slachtoffer van seksueel misbruik |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gewichtsschommelingen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oorpijn | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> slachtoffer van oorlogsgeweld |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oorsuizen / piep in oren | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Snel bloeden / blauwe plekken | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gehoorproblemen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acne / puukels |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bloedend tandvlees | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sinusproblemen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Droge / olie-achtige huid |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Slechte circulatie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Niezen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jeukende of brandende huid |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Duizelig zijn of flauwvallen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Snurken | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Huiduitslag en pijnlijke plekken |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pijn op de borst / druk | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bloedneuzen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neiging om netelroos te krijgen |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Onregelmatige hartslag | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Droge mond of keel | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jeukende hoofdhuid en schilfers |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hartkloppingen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zere keel | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grijs haar / vroeg grijs geworden |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bonzende hartslag | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Opgezwollen klieren | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Haaruitval |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Racende hartslag | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vaak voorkomende heesheid | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nagelschimmel |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zweren op de mond of lip | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zwakke broze nagels |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chronische hoest | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veel gaatjes of wortelkanalen | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bloed ophoesten | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ongewone smaak in de mond | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Doof gevoel in _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vaak verkouden | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tandens klemmen of knarsen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Slechte concentratie |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kortademig | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kaakproblemen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Slecht geheugen |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Klemmend gevoel op de borst | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aangezichtspijn | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aanvallen / convulsies |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Piepende ademhaling | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hoofdpijnen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schudden / trillen |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Slijmophoesten | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stamelen / stotteren |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Slijmkleur _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bloed in urine | |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pijn / brandend gevoel bij plassen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Moeilijk inslapen |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chronische infecties | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Moeilijk plassen / ophouden | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vaak wakker worden |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> of steeds terugkomende infecties | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vaak en urgent plassen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vermoeid wakker worden |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vermoeidheid | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vaak 's nachts plassen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Levendigel dromen |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ineens energie kwijt rond ____ uur | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Weinig blaascontrole | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nachtmerries |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Regelmatig antibiotica gebruik | | |



Komen onderstaande aandoeningen in de familie voor? Zet dan een vink

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Kanker |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Mentale ziekten |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Glaucoom | <input type="checkbox"/> Nierziekten |
| <input type="checkbox"/> Bloedstollingsziekten | <input type="checkbox"/> Hartziekten | <input type="checkbox"/> Schildklier |
| <input type="checkbox"/> CVA's en Tia's | <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> Andere erfelijke aandoeningen: |

Zet een vink als je een van deze aandoeningen hebt (gehad). V= vroeger N= nu

- | | | |
|---|--|--|
| V: N: | V: N: | V: N: |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verslaafd aan _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsie / aanvallen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MS Multiple Sclerosis |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AIDS / HIV | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Galblaas ziekten / galstenen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osteoporosis / osteopenia |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergisch voor _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pacemaker |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bloedarmoede | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jicht | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Longontsteking |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tandvleesaandoeningen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bloedstoornissen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hartziekten | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rheumatisch of roodvonk |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bloedproppen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis / geelzucht | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gordelroos |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spinale meningitis |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kanker / tumor | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hoge / Lage bloeddruk | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CVA / TIA |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cataract | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hoog cholesterolgehalte | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TBC tuberculose |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Waterpokken | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nierstenen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schildklierproblemen of struma |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chronisch vermoeidheid syndroom | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nier- of blaasinfectie | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zweer |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colon / darmziekten | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leverziekte | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spataderen |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Geslachtsziekte _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Emotionele / mentale ziekten | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Emfyseem | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mazelen / Bof / Rode Hond | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Klierenkoorts | |

Lifestyle en dieet

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tabak | <input type="checkbox"/> Recreatieve drugs: _____ | <input type="checkbox"/> Diepverlangen naar suiker |
| <input type="checkbox"/> E-Sigaretten | <input type="checkbox"/> High Stress | <input type="checkbox"/> Diepverlangen naar zout |
| <input type="checkbox"/> Marihuana | <input type="checkbox"/> Beroepsrisico's | <input type="checkbox"/> Sport je? _____ |
| <input type="checkbox"/> Koffie | <input type="checkbox"/> Kunstmatige zoetstoffen | <input type="checkbox"/> Gebruik je: _____ |
| <input type="checkbox"/> Thee | <input type="checkbox"/> Fast food | vitamine /kruiden/supplementen? |
| <input type="checkbox"/> Frisdrank | <input type="checkbox"/> Vegetarier / veganist | _____ |
| <input type="checkbox"/> Energiedrank | <input type="checkbox"/> Gluten vrij | _____ |
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Low Fat | _____ |
| <input type="checkbox"/> Water | | |

Voor mannen V= vroeger N= nu

- | | | |
|--|---|--|
| V: N: | V: N: | V: N: |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Genitale pijn, zwelling of jeuk | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Erectie problemen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Penisafscheiding |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abnormaal libido <input type="checkbox"/> hoog <input type="checkbox"/> laag | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Laag aantal zaadcellen / beweging | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prostaatprobleem (PSA) |

Overig:



PRAKTIJK ACURE

Voor vrouwen V= vroeger N= nu

V: N: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abnormale PAP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abnormaal libido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abortus gehad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tussentijdse bloedingen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Borstknobbeltjes / gevoeligheid <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Klonters in menstruatiebloed <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Moeite met zwanger worden	V: N: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Endometriose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vleesbomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zwelling / jeuk / genitale pijn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heftige menstruatie bloedingen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Baarmoeder operatief verwijderd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Menopauzale symptomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Miskraam _____ keer	V: N: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eileiders operatief verwijderd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pijn tijdens gemeenschap <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pijnlijke menstruatie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ontstekingsziekte aan het bekken <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PCOS Polycystic Ovary Disease <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PMS Premenstrueel Syndroom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vaginale afscheiding of droogte
Aantal jaren pil gebruikt? _____ jaren	Totale cyclus duurt _____ dagen	Menstruatie duurt _____ dagen
Wens om zwanger te worden? Ja / Nee	Zwanger? Ja / Nee. Uitgerekend:	Aantal zwangerschappen: _____
Aantal miskramen: _____	Aantal bevallingen: _____	<input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> IVF
Aantal kinderen: _____	Leeftijd van kinderen: _____	Menopauze sinds _____

Wanneer was de laatste menstruatie? _____ **De cyclus is:** regelmatig onregelmatig
Voorafgaand aan de menstruatie last van: vermoeidheid humeurigheid huilerigheid duizeligheid hoofdpijn
Hoeveel dagen van tevoren beginnen deze klachten?

De menstruatiepijn: dof scherp op 1 plaats meer met druk minder met druk tegelijk met stolsels
 voelbaar in de rug buik. **De menstruatiepijn:** beter bij beweging slechter bij beweging / beter met warmte.

Bloed kleur meestal: purperen of zwartachtig donkerrood of helderrood vers rood bleek gekleurd

Menstruatiebloed: begint licht wordt daarna donker begint donker wordt licht lichtrood donkerrood
 met kleine stolsels grote stolsels (zijn groter dan de nagel van de pink).

Hoeveelheid: weinig normaal groot begint met weinig daarna veel begint stopt en begint weer

Verloop: _____ dagen met heftig bloedverlies (elke 2 uur verschonen), _____ dagen met normaal bloedverlies en
_____ dagen met weinig tot niets bloedverlies (inlegkruisjes)

Kwaliteit van het bloed: gestold bloed en klonters troebel bloed waterig bloed

De menstruatiepijn is het ergst: voor tijdens na de menstruatie halverwege de cyclus

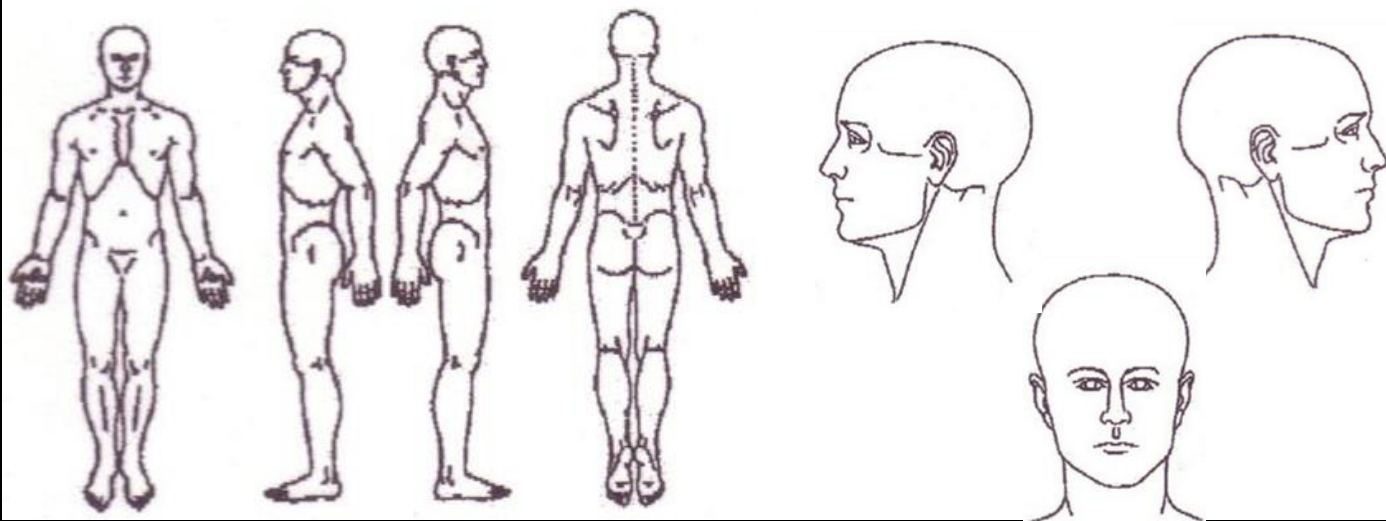
Medische historie: _____ **Ruimte voor operaties, ongelukken, ziekenhuis opnamen etc, graag met jaartal.**



PRAKTIJK ACURE

Geef de locatie van pijn en ongemak aan op de tekening.

Gebruik een **X of rood** voor **stekende pijn**, een **O of groen** voor **zeurende pijn** en een **blauwe streep** voor **littekens**.



Hoe hevig is de pijn of het ongemak? (1 valt wel mee 5 is bijna ondragelijk)

- | | | | |
|--|-----------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Rugpijn of rugproblemen | 1 2 3 4 5 | <input type="checkbox"/> Rugwervel problemen | 1 2 3 4 5 |
| <input type="checkbox"/> Spierpijn, spasmen, krampen | 1 2 3 4 5 | <input type="checkbox"/> Stijve of pijnlijke nek | 1 2 3 4 5 |
| <input type="checkbox"/> Spierzwakte | 1 2 3 4 5 | <input type="checkbox"/> Zwelling | 1 2 3 4 5 |
| <input type="checkbox"/> Rusteloze of nerveuze benen | 1 2 3 4 5 | <input type="checkbox"/> Peesontsteking; waar? | |

Beschrijf de pijn of het ongemak

Welke medicatie gebruik je momenteel? Graag de naam en de werking noemen.

Waarvan kent u Praktijk Acure ?

Internet / via ...

Wilt u de nieuwsbrief ?

nee / ja



Behandelingsovereenkomst

Ondergetekenden,

Therapeut: Els Ligthart te Grootebroek

Therapeut: Roy Grevelt te Grootebroek

en

Cliënt: _____ Woonplaats: _____

verklaren hierbij de volgende behandeling te zijn overeengekomen:

Acupunctuur behandeling, voor de hoofdklacht: _____

De verwachte behandelduur/frequentie is: ____x per week, gedurende ____ weken. Daarna volgt een evaluatiegesprek.

De behandelingsovereenkomst wordt door beide partijen ondertekend en brengt voor beide partijen rechten en verplichtingen met zich mee, waarop zij aangesproken kunnen worden.

Met de ondertekening van deze overeenkomst verklaren ondergetekenden kennis te hebben genomen van en in te stemmen met de bepalingen waaronder de uitvoering van de overeenkomst zal plaatsvinden.

Cliënt geeft (JA) toestemming of (NEE) géén toestemming aan de therapeut om overleg te hebben met derden met betrekking tot de behandeling.

Op deze overeenkomst is het Nederlands Recht van toepassing.

Aldus naar waarheid ingevuld te,

Grootebroek,

Plaats: _____

Datum: ____/____/____

Datum: ____/____/____

De therapeut,

De ouder / voogd *

De cliënt,

Els Ligthart

NVA lid.nr. D4003, Zhong lid.nr 2014072

*Bij personen tot 12 jaar ondertekent één van de ouders.

*Bij personen tot 16 jaar ondertekent zowel één ouder als de minderjarige.

Roy Grevelt

Zhong lid.nr 2105050

*Personen van 16 jaar en ouder zijn in de Wet Geneeskundige

Behandelingsovereenkomst (WGBO) zelf beslissingsbevoegd.



Bepalingen betreffende de behandelingsovereenkomst

De therapeut is gehouden te handelen conform de beroepscode.

Op de behandelingsovereenkomst zal globaal worden weergegeven welke hoofdklacht de cliënt heeft, wat de wijze van behandeling zal zijn en zal een indicatie gegeven worden met betrekking tot de behandelduur en frequentie.

Relevante wijzigingen hierin zullen steeds worden vastgelegd. De cliënt verplicht zich middels het intake- en anamneseformulier relevante informatie aan de therapeut te verstrekken.

De cliënt heeft het recht tot inzage in het eigen dossier.

De cliënt verplicht zich een afspraak tijdig (minimaal 24 uur tevoren) af te zeggen, anders wordt het bedrag van 35,- euro in rekening gebracht, ongeacht de reden van afzegging. In hele specifieke gevallen kan de therapeut hiervan afwijken, indien hij/zij dit nodig acht.

De therapeut verplicht zich informatie betreffende de behandeling te verstrekken aan de cliënt in alle fasen van de behandeling.

De therapeut zal geheimhouding betrachten ten aanzien van door de cliënt ten behoeve van het dossier verstrekte gegevens (m.u.v. de gegevens waar omtrent de cliënt heeft verklaard dat hij/zij geen bezwaar maakt tegen het gebruik voor statistische of behandel-inhoudelijke doeleinden).

De therapeut mag zonder toestemming van de cliënt geen bepaalde (be-)handelingen verrichten.

De therapeut verplicht zich de cliënt correct door te verwijzen naar een collega-therapeut of een arts, indien zijn behandeling niet geschikt en/of toereikend is.

De cliënt is bereid de adviezen die de therapeut geeft op te volgen en zal op verzoek van de therapeut een collega-therapeut of een arts bezoeken indien deze dit nodig acht.

De therapeut is verplicht een bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering te hebben.

Beëindiging van de behandeling kan ten alle tijde met wederzijds goed vinden geschieden.

Indien de cliënt voortzetting van de overeenkomst niet langer op prijs stelt of nodig acht, kan hij/zij deze eenzijdig beëindigen. Indien de cliënt tegen advies van de therapeut de overeenkomst beëindigt, zal de cliënt op verzoek van de therapeut een verklaring ondertekenen waarin hij/zij te kennen geeft dat cliënt tegen advies van de therapeut in, voor eigen risico, het onderzoek of de behandeling voortijdig heeft beëindigd.

De therapeut kan de overeenkomst slechts eenzijdig onder vermelding van argumenten beëindigen, indien redelijkerwijs niet van hem kan worden gevergd dat hij de overeenkomst voortzet.

De therapeut kan in een dergelijke situatie hulp en adviezen blijven verlenen, totdat de cliënt een overeenkomst met een andere therapeut heeft kunnen sluiten.

Betalingswijze van de behandelingen is per pin of contant per behandeling.

Meer over de Privacy Policy en de Klacht- en tuchtrecht op www.praktijkacure.nl onder Algemene Voorwaarden.