

Cliëntregistratieformulier

Belangrijk:

Alle door U verstrekte informatie zal uitsluitend worden gebruikt door de therapeut, die als lid verbonden aan de VBAG gehouden is aan absolute geheimhouding. Zonder Uw toestemming zal geen informatie aan artsen, collegae of familieleden worden gegeven.

In blokletters invullen s.v.p.

Datum : _____

Achternaam : _____

Voornamen : _____

Geb.datum : _____

Adres : _____

Postcode : _____

Woonplaats : _____

Telefoon thuis: _____ werk: _____ mobiel: _____

IBAN bankrekeningnummer: _____

Dagtaak / beroep : _____

Huisarts : huisarts / specialist op de hoogte van uw klachten? Ja / nee

Naam : _____

Woonplaats : _____

Tel. : _____

Zorgverzekeraar: _____ **BSN (Burger Service Nummer):** _____

Diagnose reguliere geneeskunde: _____

Medicijngebruik: _____

Nu nog in behandeling bij : _____

In behandeling geweest bij : _____

Ondergetekende verklaard hierbij dat hij/zij de voorwaarden van de behandelingsovereenkomst heeft ontvangen.
