

## 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: \_\_\_\_\_

Dagtaak / beroep : \_\_\_\_\_

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

Naam : \_\_\_\_\_

Woonplaats : \_\_\_\_\_

Tel. : \_\_\_\_\_

**Zorgverzekeraar:** \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_