

INTAKEFORMULIER KINDERFYSIOTHERAPIE

Om uw kind optimaal te kunnen begeleiden en behandelen vragen we u onderstaande vragen te beantwoorden. Gelieve deze lijst volledig ingevuld mee te nemen bij uw eerste afspraak.

Persoonsgegevens

Achternaam _____

Voorletters: _____ Roepnaam: _____

Geb. datum: _____ - _____ - _____ BSN _____

Adres: _____ huisnummer _____

Naam vader: _____ naam moeder: _____

Postcode : _____ Woonplaats: _____

Telefoon thuis: _____ evt. 2^e telefoonnummer: _____

e-mail: _____

mijn mailadres mag gebruikt worden voor vragenlijsten m.b.t. fysiotherapeutische zorg Ja/Nee*

Naam huisarts: _____

Naam ziektekostenverzekeraar: _____ inschrijf/relatienummer: _____
(U DIENT VERANDERINGEN IN UW VERZEKERING DIRECT AAN ONS DOOR TE GEVEN !)

aanvullend verzekerd: Ja/Nee* naam pakket: _____ vergoed bedrag: € _____

Moet u van uw verzekeraar na een aantal behandelingen een aanvraag indienen voor verdere behandeling? Ja/Nee*
zo ja, na hoeveel behandelingen? _____

Legitimatie via: (in te vullen door de therapeut of administratief medewerkster)

- paspoort/ identiteitsbewijs van het kind: _____ nummer: _____
óf
 persoonslijst gemeente met toekenning BSN

Ondergetekende heeft alle vragen naar waarheid ingevuld en heeft zich op de hoogte gesteld van :

0 de praktijkfolder ; (en indien van toepassing) 0 de DTF folder;
0 de huisregels

-Ondergetekende geeft aan akkoord* te gaan met een kinderfysiotherapeutisch onderzoek en behandeling.
-Ondergetekende geeft aan akkoord* te gaan met overleg met en schriftelijke informatieoverdracht aan verwijzers en andere betrokken disciplines/zorgverleners.

(*De verleende toestemming kan te allen tijde door ouder / verzorger worden ingetrokken)

Datum: ____ - ____ 201__ Handtekening: _____