**** **UW NAAM - PRAKTIJKNAAM**

**ADRES**

Naam en voornaam:

Straat + nr.:

Postnr. + gemeente:

Telefoon: GSM:

E-mailadres:

Geboortedatum: Rijksregisternummer:

Beroep:

Huisarts: Ziekenfonds:

Hoe bent u hier in de praktijk terechtgekomen?

* via Dokter ……………………………………………….
* via internet
* via telefoongids
* via …………………………………………………………..

Voor welke klacht komt u in behandeling?

Begin van de klacht?

Diagnose van uw arts?

Voorafgaande behandelingen (arts, medicatie, kiné, …):

Zijn er bloedonderzoeken of RX/CT/MRI-opnames gebeurd?

Heeft u in het verleden belangrijke ziektes doorgemaakt? Zo ja, welke?

Heeft u één of meerdere operaties ondergaan? Zo ja, welke?

Hebt u een ongeval gehad? Betreft dit een arbeidsongeval?

Bent u bij uw weten allergisch aan iets? Zo ja, aan wat?

Bent u bloeddonor?

Wenst u dat uw huisarts geraadpleegd wordt? (zo ja, e-mailadres arts: )

Acupuncturist **(uw naam)** is erkend lid nr. **(uw lidnummer)** van EUFOM en voldoet aan de deontologische code en het intern reglement van de beroepsorganisatie.

Ik, ondergetekende, laat mij uit vrije wil behandelen en ga akkoord met de tarieven (zie wachtzaal).

Ik verleen **(naam acupuncturist)** expliciete toestemming om mijn verstrekte persoonsgegevens te verwerken in het kader van de behandeling, conform de GDPR-reglementering en in overeenstemming met de wettelijk voorziene verwerkingstermijnen. Deze gegevens worden uitsluitend gebruikt voor mijn medisch dossier.

Handtekening Datum