

Algemene gegevens

Voornaam

Voorletters en achternaam

Geboortedatum

Adres

Postcode woonplaats

Telnr.

Email

Naam ouder/verzorger I:

tel.nr:

Naam ouder/verzorger II:

tel.nr:

Huisarts/huisartsenpraktijk:

Naam

Adres/plaats

Telefoonnummer

Begeleiding

** doorhalen wat niet van toepassing is*

1. Waaruit bestaat de hulpvraag

2. Indien er sprake is van een klacht, hoelang heb je deze klacht?

Sinds (datum):

3. Welke artsen heb je geraadpleegd?
S.v.p. met naam en specialisatie(s)

4. Indien bekend, wat is de diagnose van de huisarts / specialist?

5. Wat zijn de adviezen van de huisarts / specialist?

6. Wat is het resultaat van de gevolgde behandeling tot nu toe?

7. Ben je momenteel onder medische / psychologische / psychiatrische behandeling?

Ja / nee*

Zo ja, bij wie?

Zijn voor deze begeleiding medicijnen voorgeschreven? Ja/nee*

Zo ja, welke?

8. Hoe ziet jouw medische geschiedenis eruit?

9. Welke alternatieve / additionele therapieën heb je voor deze klacht(en) naast de reguliere al gevolgd?

10. Heb je andere lichamelijke klachten/ziektes of heb je die gehad?

11. Gebruik je medicijnen? Ja/nee*

Zo ja, welke?

12. Hoe slaap je?

Gebruik je slaapmiddelen? Ja/nee*

Zo ja, welke?

13. Drink je alcohol? Ja/nee*

Zo ja, wat zijn jouw drinkgewoontes?

14. Rook je? ja/nee*

Zo ja, hoeveel?

15. Gebruik je drugs? Ja/nee*

Zo ja, welke en wat zijn uw gewoontes?

16. Andere verslavingen of gewoontes? Ja/nee*

Zo ja, welke?

17. Andere opmerkingen / nadere informatie (eventueel onder vermelding van bijlagen):

Privacy

De cliënt is geïnformeerd over het vastleggen van zijn of haar persoonsgegevens in de behandelovereenkomst en cliëntendossier en geeft hier **wel / niet*** toestemming voor.

De cliënt geeft **wel / niet*** toestemming om zijn/ haar persoonsgegevens te gebruiken voor communicatie per mail en toesturen van nieuwsbrieven

Informatie

- De cliënt stelt het **wel / niet*** op prijs dat informatie vooraf bij de huisarts, specialist of collega-hulpverlener wordt ingewonnen.
- De cliënt stelt het **wel / niet *** op prijs dat gedurende de behandeling of achteraf verslag wordt gedaan aan de huisarts en / of collega-verwijzer.
- Wanneer de cliënt verhinderd is, meld deze zich tenminste 24 uur voor de betreffende afspraak af. De behandeling wordt dan niet in rekening gebracht. Bij niet of te laat afmelden zal het consult in rekening gebracht worden.
- Labyrinthoss gevonden door / doorverwezen door.....

Betaling

- De cliënt gaat akkoord met de tariefstelling volgens de richtlijnen van de NFG. Dit geldt voor zowel het intakegesprek als de volgende behandelsessies.
- Cliënt voldoet het consult direct na afloop middels pinbetaling of contante betaling, tenzij iets anders wordt overeengekomen.

Alle eventuele, nadelige gevolgen voortvloeiende uit het achterhouden van informatie in het medisch dossier bij de huisarts of anderszins, zijn voor verantwoordelijkheid en rekening van de cliënt.

Op deze begeleidingsovereenkomst zijn de algemene voorwaarden van Labyrinthoss van toepassing. Bij ondertekening gaat u akkoord met de privacyverklaring en Algemene voorwaarden van Labyrinthoss, en weet u dat de huisarts op de hoogte wordt gebracht van start en einde van de behandeling.

De privacyverklaring en de algemene voorwaarden zijn te vinden op de website van Labrinthoss www.Labyrinthoss.nl. Een exemplaar van de algemene voorwaarden hebt u ook ontvangen bij de afspraakbevestiging.

Datum:

Plaats:

Handtekening cliënt**:

Indien cliënt jonger dan 18 jaar, tevens de handtekening van ouder(s) en/of verzorger(s).

Naam en handtekening(en) van ouder(s) en/of verzorger(s):

**Cliënten v.a. 12 jaar zijn verplicht om een handtekening te zetten.

Begeleidingsovereenkomst

Indien cliënt minderjarig is dienen ouder(s) en /of verzorger(s) aanwezig te zijn bij de behandeling. Wanneer ouders en/of verzorgers ermee instemmen dat de behandeling zonder hun aanwezigheid plaatsvindt, dienen zij hiervoor hun handtekening te zetten:

Naam ouder(s) en/of verzorger(s):

Handtekening(en):

Overige aantekeningen: