



Intake- en behandelovereenkomst formulier

clientnummer: 151

Naam :
Voorletters en voornaam :
Adres :
Postcode en woonplaats :
Telefoonnummer :
Geboortedatum :
E.mailadres :

gehuwd samenwonend Allenstaand
 kinderen, welke leeftijd

Klachten:

Sinds wanneer:

Reden, oorzaak:

Geraadpleegde artsen of hulpverleners:
Medicijnen:

Zijn er foto's gemaakt of andere onderzoeken gedaan:

Hebt u spanningen, thuis of op het werk:

Wat is uw beroep/dagelijkse bezigheid:

Omschrijf uw eetgewoonten/evt dieet:

Rookt u? hoeveel?

Gebruikt u alcohol/drugs:

Bent u geopereerd? Wanneer en waaraan:

Beoefend u een sport, welke en hoe vaak:

Hierbij verklaart ondergetekende:

Wel/geen bezwaar te hebben tegen melding van behandeling aan uw huisarts

Behandelovereenkomst

Naam :
Adres :
Woonplaats :
Naam Client :
Handtekening client :

Verklaart hierbij de volgende behandelingen te zijn overeengekomen:

Voetreflex-Shiatsu- en massage therapieën gebaseerd op de 5 natuurgerichte principes.

De behandelovereenkomst wordt door beide partijen ondertekend en brengt voor beide partijen rechten en verplichtingen met zich mee, waarop zij aangesproken kunnen worden.

Met de ondertekening van deze overeenkomst verklaren ondergetekenden kennis te hebben genomen van en in te stemmen met de bepalingen waaronder de uitvoering van de overeenkomst zal plaats vinden.

Client:

C.A.E.Beijering-Poelman, manueel praktizijn:

AGB zorgverlener: 90-048416

Lidnummer NVST: L3264

Lidnummer RBCZ: 107026R