

CLIËNT GESCHIEDENIS update

de inhoud is strikt vertrouwelijk



CHIROPRACTIE
CASTRICUM

Naam:..... Geboortedatum: / / Laatste bezoek: / /

Adres:..... man vrouw

Telefoon:..... Mobiel:.....

Email:..... Beroep:.....

Contactpersoon bij kind: vader moeder anders nl.:

Wat is op dit moment uw grootste klacht/symptoom:

Is deze dezelfde als voor de behandeling: ja nee

Wanneer is deze begonnen?.....

Wat is de oorzaak hiervan:

val verrekking ziekte stress tillen bedrijfsongeval verkeersongeval

anders, gaarne omschrijving:

Hoe ontwikkelt de huidige klacht/symptoom:

verergert verbetert blijft hetzelfde komt en gaat

Heeft u nog iemand anders hierover geraadpleegd? ja nee

Zo ja: wie: wanneer:.....

Was het: chiropractor huisarts specialist fysiotherapeut ander:

Gebruikt u op dit moment medicijnen drugs vitaminen mineralen

Zo ja, welke:..... waarvoor:

Heeft u sinds uw laatste bezoek het onderstaande gehad:

verkeersongeluk ja nee wanneer:

operatie ja nee waarvoor en wanneer:

sportblessure of anders ja nee wat en wanneer:

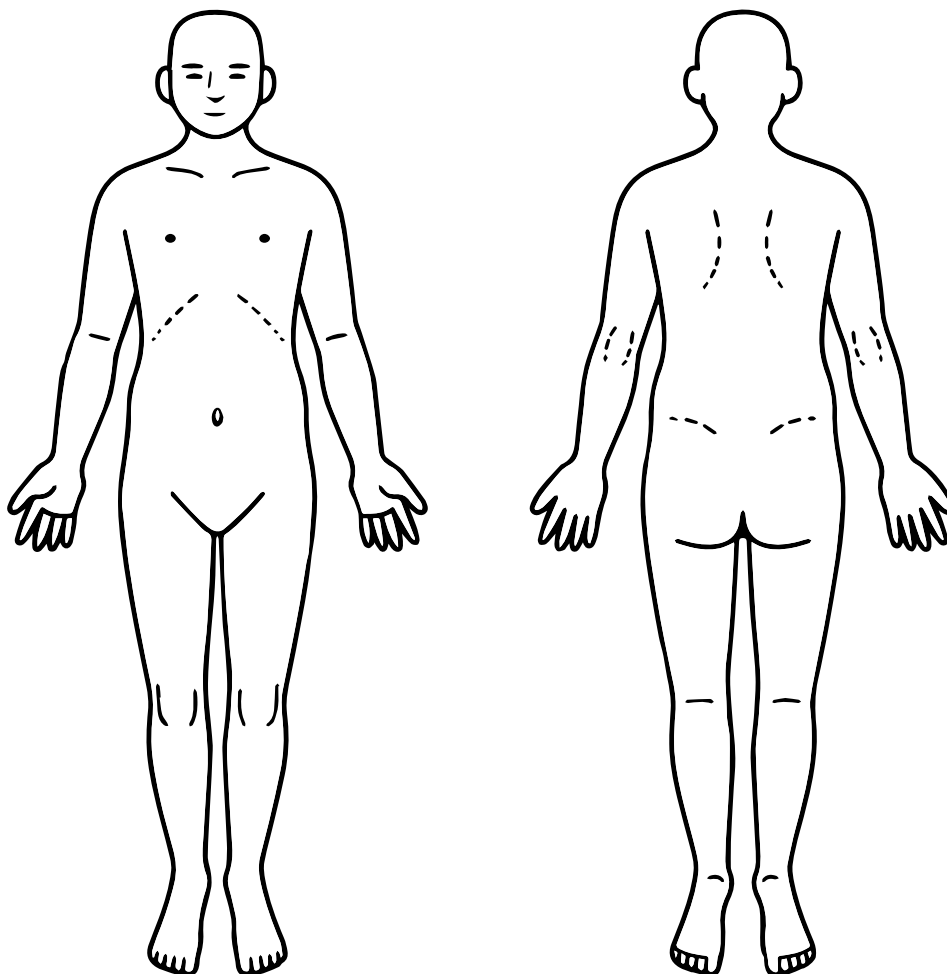
ernstige ziekte ja nee wat en wanneer:

Is er nog iets dat we zouden moeten weten? ja nee Zo ja, wat:

Handtekening:

Datum:

Dank u voor het invullen van dit formulier.



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

In verband met de Wet AVG (Algemene Verordening Gegevensbescherming) verzoeken wij u deze Toestemmingsverklaring in te vullen en te ondertekenen.

Toestemmingsverklaring

Naam:

Geboortedatum:

Email:

BSN:

Verzekeringsmaatschappij:

Verzekeringsnummer:

Indien het om een minderjarige gaat:

Wettelijke vertegenwoordiger van:

Naam kind:

Geboortedatum:

BSN:

Verzekeringsmaatschappij:

Verzekeringsnummer:

Hierbij verleen ik toestemming dat de door mij schriftelijke en/of digitaal verstrekte informatie, kan worden gebruikt uitsluitend voor de behandelingen bij Chiropractie Castricum en niet zonder mijn schriftelijke toestemming mag worden gedeeld met derden.

Castricum, Handtekening:

Verklaring Chiropractie Castricum B.V.

Wij verklaren dat wij met de ons ter beschikking gestelde informatie vertrouwelijk en zorgvuldig zullen omgaan en dat wij deze informatie niet zullen delen met derden zonder de schriftelijke toestemming van de cliënt en/of diens wettelijke vertegenwoordiger.