



BEHANDELOVEREENKOMST

Praktijk voor traditionele acupunctuur
Helene S. Hulsbergen, arts-acupuncturist
Lid NVA opleiding TCMA - Lid KAB
Adriaan van Royenlaan 174
2341 PZ Oegstgeest

Clientgegevens

Naam: _____ Geboortedatum: ____ / ____ / ____
Straat en Huisnummer: _____
Postcode Woonplaats: _____

Ondergetekende verklaart door de behandelaar te willen worden behandeld voor het verminderen van de volgende hoofdklacht(en) en de eventueel daarmee verband houdende klachten:

en klachten die eventueel in de loop van het behandeltraject naar voren komen.

Bij deze behandelovereenkomst heb ik _____ ontvangen of _____ van tevoren kennis genomen van:

- de Algemene voorwaarden van de praktijk. Ik ga met deze voorwaarden akkoord;
- de Privacyverklaring. Ik ben mij ervan bewust dat mijn persoons- en medische gegevens op een veilige manier worden opgeslagen en verwerkt. Dit is noodzakelijk voor de uitvoering van de behandelovereenkomst.

Ik geef toestemming voor het delen van mijn dossiergegevens in onderstaande gevallen:

bericht van aankomst aan mijn huisarts/behandelend specialist;
voortgangs- of eindrapportage aan mijn huisarts/behandelend specialist;
overleg met collega's door de behandelaar, indien deze dat noodzakelijk acht. Hierbij zal ik altijd anoniem blijven.
bespreken van mijn casus in geanonimiseerde vorm met stagiaires van de praktijk;
gebruik als anonieme casus voor lesdoeleinden.

Overig:

Ik ben mij bewust dat de geboden behandeling aanvullend is op de reguliere geneeskunde;
Ik zal mijn huisarts of behandelend specialist raadplegen indien mijn gezondheidssituatie daarom vraagt;
Ik ben mij bewust dat het mij vrijstaat de behandelovereenkomst te beëindigen;
Ik heb bovenstaande vakjes zelf aangevinkt ten teken van toestemming/instemming.

Cliënt is jonger dan 16 jaar; toestemming voor de behandeling is gegeven d.m.v. handtekening door:
de met gezag belaste ouder(s), te weten:

de voogd, te weten:

Datum:

Plaats:

Handtekening(en):

Ouder(s)

Voogd