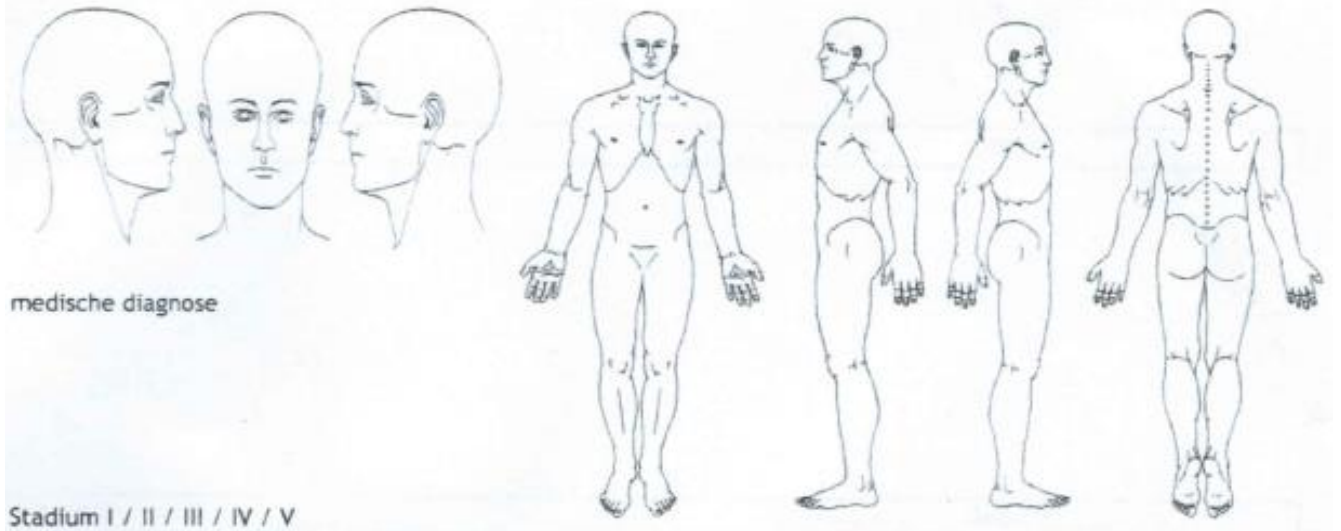


Triggerpointanamnese

Nr.

Alternatief / fysiotherapie (omcirkelen)

Telefoon:	Datum Aanvang:
Naam: Dhr. / Mw.	Huisarts:
Voornaam of letters:	Verzekeraar (uzovi):
Geboren:	Nummer:
Adres:	BSN:
Postcode:	E-mail:
Woonplaats:	



MtrP-Spieren:	Rechts	Links	F1	F2	1	2	3	4	5

Behandelafspraken

Ik geef hierbij mijn toestemming voor toepassing van dry-needling:	ja / nee
Ik ben op de hoogte van de klachtenregeling in deze praktijk:	ja / nee
Ik g akkoord met het voorgestelde behandelplan:	ja / nee
Ik ga akkoord met de betalingsvoorwaarden:	ja / nee
Ik ga akkoord met deelname aan het onderzoek:	ja / nee
Ik geef toestemming voor uitwisseling van medische informatie met de huisarts:	ja / nee

Naam: _____ Plaats / Datum: _____ Handtekening: _____

Behandelproces

Sessie 1	datum
----------	-------

Sessie 2	datum
----------	-------

Sessie 3	datum
----------	-------

Sessie 4	datum
----------	-------

Sessie 5	datum
----------	-------

Behandelplan

Probleembeschrijving / Hulpvraag

Behandeldoel

Behandelwijze

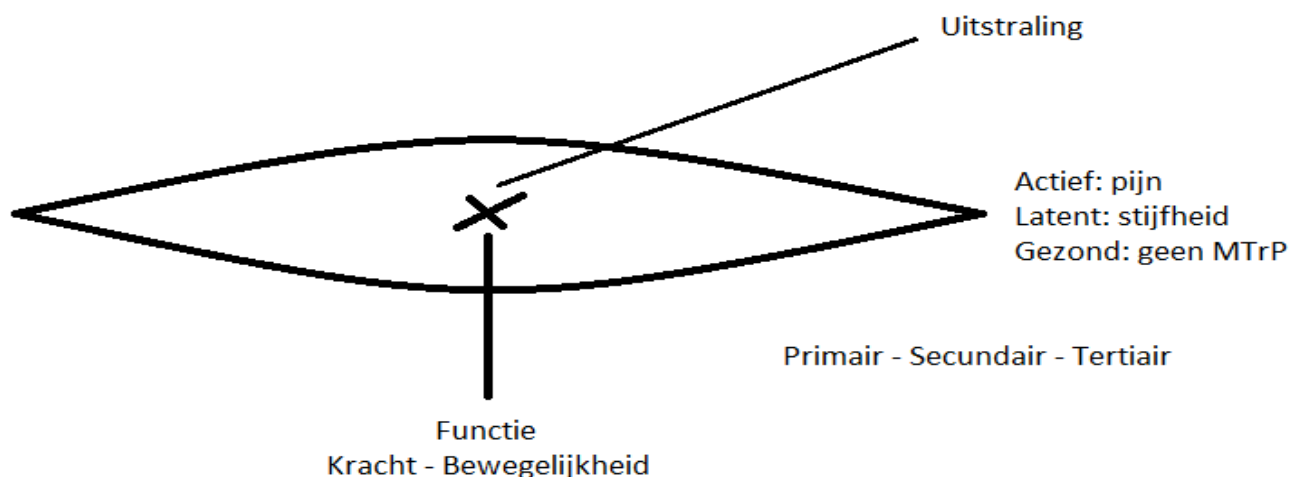
MTrP-release / Fascie release / Taping / Shiatsu Therapie / Zelfinstructie

Oefening:

Duur:

Weken:

Aantal sessies:



Betalingsvoorwaarden

U wordt vriendelijk verzocht zelf zorg te dragen voor de betaling van uw factuur.

Na uw betaling kunt u de factuur indienen bij uw zorgverzekeraar.

Afhankelijk van de aanvullende polis vergoedt de zorgverzekeraar (een deel van) de kosten.

U dient zich, bij het niet nakomen van uw gemaakte afspraken, **48 uur van tevoren af te melden**.

Indien u niet tijdig afzegt zal de afspraak in rekening worden gebracht.

U dient tijdens de eerste behandeling aan te geven of u de behandeling wilt declareren, onder niet gecontracteerde fysiotherapie of onder alternatieve geneeswijzen.