

### INTAKEFORMULIER KINDEREN

Welkom bij Chiropactie Leiden. Ons streven bij iedere patiënt(e) is een goed functionerend zenuwstelsel te helpen bereiken. Dit doen wij door tijd, toewijding en ervaring tijdens het hele traject. Goed en eerlijke toelichting staan bij ons centraal.

Dit intakeformulier geeft ons als chiropractie praktijk een goed beeld van de klachten van uw kind, medisch achtergrond en levensstijl.

De informatie is vertrouwelijk en zal niet aan derden worden verstrekt en/of met derden zonder uw toestemming worden besproken.

Wij danken u voor de tijd dat u neemt dit intakeformulier in te vullen en te ondertekenen.

#### Persoonlijke gegevens (kind)

Naam ..... Voorletters .....

Adres .....

Postcode ..... Plaats .....

Vaste telefoonnr. (ouder) ..... Mobiele telefoonnr. (ouder) .....

*(belangrijk als wij u vanwege onvoorziene omstandigheden willen bereiken)*

Geboortedatum .....

Verzekeraar ..... Verzekeringsnummer .....

Huisarts ..... Plaats .....

BSN-nummer ..... E-mailadres .....

Wenst u ons nieuwsbrief 'Chiropraat' via email te ontvangen?     ja, leuk!     liever niet

#### Is uw kind voor deze klachten eerder onder behandeling geweest? (naam a.u.b.)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> huisarts                      | <input type="checkbox"/> podotherapeut(e)     |
| <input type="checkbox"/> fysiotherapeut(e)             | <input type="checkbox"/> manueel therapeut(e) |
| <input type="checkbox"/> mensendieck oefentherapeut(e) | <input type="checkbox"/> neuroloog            |
| <input type="checkbox"/> cesar oefentherapeut(e)       | <input type="checkbox"/> homeopatisch arts    |
| <input type="checkbox"/> acupuncturist(e)              | <input type="checkbox"/> chirurg              |
| <input type="checkbox"/> orthopeed                     | <input type="checkbox"/> alternatieve genezer |
| <input type="checkbox"/> revalidatie arts              | <input type="checkbox"/> andere .....         |

**Hoe bent u van onze praktijk te weten gekomen ?**

- telefoonboek                       familielid, vriend(in), collega (*naam?*) .....
- informatieavond                   krant                       mijn huisarts                   internet
- andere therapeut/arts, nl. ....

**Zullen wij uw huisarts en/of therapeut een verslag sturen met daarin de bevindingen van de chiropractor, de prognose en een beschrijving van uw behandelprogramma? (*Het is kosteloos*).**

- Ja. Stuurt het a.u.b. naar : .....
- Neen.

**Wat zijn uw voornaamste klachten van uw kind en wanneer zijn ze voor het eerst ontstaan ?**

.....

.....

.....

**MEDISCHE ACHTERGROND**

Heeft uw kind ooit antibiotica toegediend gekregen? J/N. Waarvoor?

\_\_\_\_\_

Neemt uw kind geneesmiddelen? J/N. Reden?

\_\_\_\_\_

Heeft u kind ooit een ziekte gehad? J/N. Leg uit.

\_\_\_\_\_

Is uw kind ooit in een auto-ongeval geweest? J/N. Datum & letsel:

\_\_\_\_\_

Is uw kind ooit op zijn hoofd gevallen (van de commode, bed, trap, ...) J/N. Leg uit.

\_\_\_\_\_

Heeft uw kind een andere trauma opgelopen? J/N. Type & datum:

\_\_\_\_\_

Operaties / ziekenhuisopnamen. J/N. Aanleiding en datum:

\_\_\_\_\_

Is uw kind ooit gevaccineerd? J/N. Waarvoor?

- HepB (Hepatitis B). Leeftijd \_\_\_\_\_
- BMR (Bof, Mazelen, Rodehond). Leeftijd \_\_\_\_\_
- DTKTP (Difterie, Tetanus, Kinkhoest, Polio). Leeftijd \_\_\_\_\_
- HIB (Haemophilus influenza type B). Leeftijd \_\_\_\_\_
- Andere vaccinaties: \_\_\_\_\_ Leeftijd \_\_\_\_\_
- Andere vaccinaties: \_\_\_\_\_ Leeftijd \_\_\_\_\_

Zijn er bijwerkingen geconstateerd? J/N. Leg uit.

\_\_\_\_\_

## SYMPTOMEN

*(geef huidige en voorbije problemen aan)*

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> DUIZELIGHEID            | <input type="checkbox"/> ASTMA                  | <input type="checkbox"/> GEEN EETLUST         |
| <input type="checkbox"/> NEKPIJN                 | <input type="checkbox"/> ADHD / HYPERACTIVITEIT | <input type="checkbox"/> ALLERGIEËN           |
| <input type="checkbox"/> SLECHTE GEHEUGEN        | <input type="checkbox"/> ARM- OF ELLEBOOGPIJN   | <input type="checkbox"/> RUGPIJN              |
| <input type="checkbox"/> LOOPNEUS                | <input type="checkbox"/> SLAAPLOOSHEID          | <input type="checkbox"/> BEEN- OF HEUPPIJN    |
| <input type="checkbox"/> HARTPROBLEEM            | <input type="checkbox"/> JEUKENDE OGEN          | <input type="checkbox"/> BEDPLASSEN           |
| <input type="checkbox"/> VOET- OF ENKELPIJN      | <input type="checkbox"/> DIABETES               | <input type="checkbox"/> UITSLAG              |
| <input type="checkbox"/> NACHTMERRIES            | <input type="checkbox"/> NACHTZWETEN            | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE          |
| <input type="checkbox"/> VERDACHTE MOEDERVLEKKEN | <input type="checkbox"/> STRUIPTREKKINGEN       | <input type="checkbox"/> NACHTPIJN            |
| <input type="checkbox"/> MIDDENOORSTOORNIS       | <input type="checkbox"/> SINUSPROBLEMEN         | <input type="checkbox"/> PIJN BIJ HET PLASSEN |
| <input type="checkbox"/> GEWRICHTSPIJN           | <input type="checkbox"/> KOUDE RILLINGEN        | <input type="checkbox"/> KUCHEN / PIEPEN      |
| <input type="checkbox"/> SPIERPIJN               | <input type="checkbox"/> SCOLIOSE               | <input type="checkbox"/> REGELMATIG VERKOUDEN |
| <input type="checkbox"/> OBSTIPATIE              | <input type="checkbox"/> FLAUW VALLEN           | <input type="checkbox"/> BLOEDZIEKTEN         |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS                | <input type="checkbox"/> REUMATISCHE KOORTS     | <input type="checkbox"/> GEBROKEN BEENDEREN   |
| <input type="checkbox"/> HOOFDPIJN               | <input type="checkbox"/> DIARREE                | <input type="checkbox"/> HERNIA               |

**WILT U VERDER IETS TOEVOEGEN?**

\_\_\_\_\_

---

### Privacybeleid

Wij informeren u graag over de verwerking van de persoonsgegevens van uw kind.

De persoonsgegevens en medische gegevens slaan wij digitaal op. Dit doen wij om goede zorg aan u te kunnen verlenen. Het verwerken van uw gegevens doen wij volgens ons privacy- en dataveiligheidsbeleid. U gaat met die opslag (verwerking) akkoord door de zorg van uw kind door onze praktijk te laten uitvoeren.

Zo gaan wij met uw persoonsgegevens om:

- De persoonsgegevens slaan wij op en gebruiken we zodat wij goede zorg aan uw kind kunnen verlenen.
- De gegevens geven wij alleen door aan derden als dat nodig is voor het leveren van goede zorg. Indien hiervoor op basis van de wet specifieke toestemming is vereist, vragen we die vooraf aan u.
- De gegevens verwerken wij op basis van de behandelovereenkomst zoals beschreven in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).
- U kunt onderdelen van de persoonsgegevens bekijken. Stuur u ons dan een schriftelijk verzoek.
- Als u vindt dat de gegevens die wij van uw kind hebben opgeslagen niet correct zijn, mag u ons schriftelijk vragen om uw gegevens aan te passen.
- U kunt ons vragen om de persoonsgegevens te wissen. Als wij dit doen kunnen wij (mogelijk) niet langer verantwoorde zorg aan u verlenen. De WGBO vereist een bewaartermijn van 15 jaar. Daarom slaan we uw gegevens in dat geval op in een inactief archief, onzichtbaar en onbruikbaar voor de normale gebruiker.
- U kunt uw toestemming tot onze verwerking van de persoonsgegevens intrekken. Wij kunnen dan (mogelijk) geen verantwoorde zorg garanderen. Wij slaan uw gegevens in dat geval op in een inactief archief. (zie boven)
- U kunt bij ons bezwaar maken als u het niet eens bent met de manier waarop wij de persoonsgegevens verwerken.
- U krijgt bericht van ons als er iets mis is gegaan met de persoonsgegevens.
- De gegevens verwerken wij niet langer dan nodig is voor het leveren van goede zorg. Wij houden ons aan de bewaartermijnen van de WGBO.
- Het bovenstaande geldt ook voor persoonsgegevens die wij via derden ontvangen.

### Algemene Voorwaarden

#### Praktijktarieven

- Eerste consult volwassen/kinderen: € 126,50 (*Uitgebreid neurologisch- en orthopedisch onderzoek. Resultaten worden besproken en een behandelplan opgesteld*)
- Eerste consult niet actief bestaand patiënt(e): € 80,00 (*Patiënten die langer dan 1 jaar niet zijn onderzocht c.q. behandeld toch minder dan 5 jaar geleden*)
- Uitgebreid vervolgsconsult volwassenen: € 80,00
- Vervolgsconsult volwassen: € 66,50
- Vervolgsconsult kinderen t/ m 15 jaar: € 52,75
- RightEye® onderzoek, evaluatie en initiële trainingsprogramma: € 60,00
- RightEye® vervolgonderzoeken en training: € 35,00
- Kinetisense® functioneel onderzoek: € 60,00
- Kinetisense® vervolgonderzoek: €35
- Wegblijftarief: € 63,00
- Brafo® test: € 25,00
- Verslag voor verzekeraar: € 63,00
- Opvraag en evaluatie diagnostisch onderzoek: € 13,50
- Kinesiotaping: €7,00

#### Vergoeding

Het is raadzaam uw verzekeringsvoorwaarden na te kijken op de meest recente vergoedingsregeling. De hoogte van uw vergoeding zal namelijk nauw samenhangen met het verzekeringspakket dat u kiest.

Voor een overzicht van de landelijke vergoedingen kunt u terecht op onze website. Als uw verzekeraar hier niet wordt vermeld, betekent dit alleen maar dat wij niet over deze gegevens beschikken. Het zegt dus niets over de vergoeding voor Chiropractie.

Chiropractie wordt vergoed vanuit het aanvullend pakket. Hiervoor geldt géén eigen risico. U ontvangt dus daarom de volledige vergoeding zoals die in uw zorgpolis vermeld staat. Ook als u nog geen verdere zorg heeft afgenomen.

Onze chiropractoren zijn lid van de NCA (Nederlandse Chiropractoren Associatie), geregistreerd bij de SCN (Stichting Chiropractie Nederland) en in het bezit van een AGB-code. Voor de meeste verzekeraars is dit een vereiste om tot vergoeding over te gaan.

Betalingsvoorwaarden

Een consult chiropractie wordt altijd in de praktijk en na afloop van uw consult, per keer voldaan (contant, credit card of via pin). Dit betekent wél dat u dan ook meteen de bijhorende kwitantie van ons krijgt die u dan direct naar uw verzekeraar kunt opsturen, zodat vergoeding kan plaatsvinden.

Annuleringsregeling

Wij verzoeken onze patiënten de afspraken na te komen of – indien verhinderd – tijdig af te zeggen (tenminste één werkdag van tevoren). Afspraken die niet tijdig worden afgezegd, zullen in rekening worden gebracht.

De annulering van een afspraak kan slechts plaatsvinden tijdens praktijkturen en telefonisch: maandag tot en met vrijdag van 08:00 uur tot 12:00 uur en tussen 13:00 uur en 17:00 uur. Op zaterdag kan dit ook tussen 09:00 uur en 13:00 uur. Feestdagen uitgezonderd.

Alle eventuele nadelige gevolgen voortvloeiende uit het achterhouden van informatie in het medisch dossier, zijn voor verantwoordelijkheid en rekening van de cliënt, c.q. ouder(s) en/of verzorgers.

Ik heb kennisgenomen van het privacybeleid en de Algemene Voorwaarden van Chiropactie Leiden B.V. en ga ermee akkoord.

Plaats ..... Datum ..... Handtekening .....

*Wanneer ouders en/of verzorgers ermee instemmen dat de behandeling zonder hun aanwezigheid plaatsvindt, dienen zij hiervoor hun handtekening te zetten.*

Plaats ..... Datum ..... Handtekening .....

Naam ouder(s) en/of verzorgers: .....