

INTAKEFORMULIER ZUIGELINGEN/KLEUTER

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 |

PRENATALE GESCHIEDENIS

Heeft u het volledige termijn bereikt? J/N _____ weken.

Complicaties/ziektes/ziekenhuisopname tijdens de zwangerschap? J/N. Leg uit.

Echo's tijdens de zwangerschap? J/N. Hoeveel? ___ 3D ___ 4D

Sigaretten/alcoholgebruik tijdens de zwangerschap? J/N. Hoeveel?

Geneesmiddelen gebruikt tijdens de zwangerschap/bevalling? J/N. Leg uit.

Bloedgroep moeder: Rhesus positief Rhesus negatief

GEBOORTE

Waar vond het plaats?: r thuis r geboortekliniek r ziekenhuis r niet zeker

Soort bevalling: keizersnede Vaginaal

Hoe was de bevalling?: beter dan verwacht zoals verwacht moeilijk noodsituatie

In welke houding werd de baby geboren?

stuitligging gezicht eerst arm eerst hoofd eerst anders

Pijnstillers?

geen gas & lucht pethidine epidurale volledige narcose

Reden?

Is er ingegrepen?: forceps vacuüm keizersnede

Reden? _____

Genetische afwijkingen/handicap? J/N. Leg uit.

Duur bevalling fase 1 _____ (~10 uren) fase 2 _____ (1 u.) fase 3 _____ (15 min.)

Gewicht bij geboorte: _____ Lengte: _____ Apgarwaarden: 1 min _____ 5 min _____

VOEDING

Borstvoeding? J/N. Hoe vaak? _____ Hoelang? _____ (20 min. elke 2-3 uur is normaal)

Vindt u/vond u borstvoeding moeilijk? J/N. Reden.

Was er/is er voorkeur voor één borst? J/N. Welke?

Poedermelkgebruik: J/N. Hoe vaak? _____ Hoeveel? _____

Merk? _____ Bent u van merk veranderd? J/N. Waarom?

Gedrag tijdens voeding:

hebzuchtig goed ongeïnteresseerd drinkt weinig oprispingen

Heeft u baby erg veel last van winderigheid?: J/N/soms

Wanneer begon u met vaste voeding? _____ maanden (niet vóór 6 maanden).

Wanneer begon u met dier melk _____ maanden. Koe/geit?

Voedsel- en/of sapallergieën of onverdraagzaamheid? J/N. Leg uit.

GESCHIEDENIS VAN DE ONTWIKKELING

6 wkn: glimlach _____

12 wkn: hield hoofdje overeind/ drukt zich op met armpjes _____

4 mdn: titanische houding _____

5 mdn: statische houding _____

6 mdn: ontwikkeling van oogfocus _____

7 mdn: alleen zitten (met ondersteuning) _____

8 mdn: alleen zitten _____

9 mdn: staan (met ondersteuning)

11 mdn: kruipen _____

12 mdn: woordjes zeggen _____

13 mdn: alleen lopen _____

EERDERE ZWANGERSCHAPPEN

Heeft u eerdere zwangerschappen gehad? Hoeveel? _____

Heeft u de volledige zwangerschapstermijn bereikt? J/N. _____ weken

In welke houding werd de baby geboren?

stuitligging gezicht eerst arm eerst hoofd eerst anders

Soort bevalling? keizersnede vaginaal vacuüm forceps

Pijnstillers?

geen gas & lucht pethidine epidurale volledige narcose

Reden?

Duur bevalling stage 1 ____ (~10 uren) stage 2 ____ (1 u.) stage 3 ____ (15 min.)

Had u last van rugpijn na de bevalling? J/N

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 volwassenen/kinderen: € 126,50
(Uitgebreid neurologisch- en orthopedisch onderzoek. Diagnostiek testen. Resultaten worden besproken en een behandelplan opgesteld)
- Eerste consult niet actief bestaand patiënt(e): € 80,00
(U bent bij ons bekend maar u bent langer als 1 jaar en minder dan 5 jaar geleden bij ons geweest)
- Uitgebreid vervolgconsult volwassenen: € 80,00
- Vervolgconsult volwassenen: € 66,50
- Vervolgconsult 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: € 35,00
- Wegblijftarief: € 66,50
- Brafo® test: € 25,00
- Verslag voor verzekeraar: € 66,50
- 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 praktijkuren 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 Chiropractie Leiden B.V. en ga ermee akkoord.

Plaats Datum Handtekening