



Mw. I.E.M. Konings, arts - acupuncturist

lid NVA en KAB

Randweg 3 6845 AC Arnhem
T : 026-3390034 M: 06-21240299

BEHANDELOVEREENKOMST

Patëntgegevens

Naam :
Adres :
Woonplaats :
Geboortedatum :
Debiteurennummer :

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.

Adviezen en afspraken:

- ...
- ...
- ...

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 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.
- Patiënt 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:

Handtekening(en):

Plaats:

Datum: