BeterKliniek
Helze 27
5662JE Geldrop

**INTAKELIJST BETERKLINIEK**

Doorverwezen door:

Voornaam:

Achternaam:

Adres:

Postcode en Woonplaats:

Land:

Geboortedatum:

E-mail:

Telefoonnummer:

Nl – BSN nr.:

Belangrijkste klachten:

Doorgemaakte ziektes (met jaartallen er bij):

Doorgemaakte operaties en ziekenhuisopnames (met jaartal erbij):

Wilt u hier vermelden welke medicijnen u gebruikt, hoelang en hoeveel? (antibiotica, paracetamol, corticosteroïden, anticonceptiepil, crèmes etc.)

Wilt u hier vermelden welke voedingssupplementen u gebruikt, hoelang en hoeveel?

Vaccinaties: Als kind:

Latere vaccins (i.v.m. reizen, grieppreventie, graag met jaartallen erbij, etc.):

Ziektes die in de familie voorkomen (astma, eczeem, allergieën, kanker, suikerziekte, reuma, etc.,):

Opa (vaders kant):

Oma (vaders kant):

Opa (moeders kant):

Oma (moeders kant):

Moeder:

Vader:

Kinderen:

Broers en zussen:

Bijzonderheden voor/ tijdens/ na uw eigen geboorte (bijv. medicatiegebruik moeder tijdens de zwangerschap, emotionele gebeurtenissen, inleiding bevalling, pijnbestrijding, etc.):

Houdt u een dieet en zo ja welk:

Vochtinname: Hoeveel drinkt u per dag, aan water of (kruiden)thee:

Roken, alcohol, wiet, of andere drugs gebruik, per dag of per week:

Heeft u bepaalde Allergieën/ overgevoeligheden (voeding, supplementen en medicijnen?):

Naam huisarts:

Telefoon huisarts:

Ik weet dat BeterKliniek het advies geeft behandelingen, voorschriften en adviezen van uw (huis)arts of specialist op te volgen en deze naargelang ook te informeren over de behandeling.

Ik geef BeterKliniek toestemming mijn mailadres te gebruiken voor correspondentie aangaande mijn behandeling of daaraan gerelateerd.

Ik heb de vragen naar mijn beste weten beantwoord. Ik ben mij ervan bewust dat:

(1) Consulten niet altijd of slechts gedeeltelijk vergoed worden.

(2) Onderzoeken niet altijd of slechts gedeeltelijk vergoed worden.

(3) BeterKliniek een complementair/ alternatief behandelplan kan voorstellen.

(4) Ik alle adviezen opvolg uit eigen keus en zelfverantwoordelijk ben.

Voor akkoord:

Datum: Plaats:

Indien minderjarig (<18) naam wettelijke vertegenwoordig(st)er:

Handtekening: