

Verwijzing: JA / NEE

Dhr/Mw: _____ Voorletters: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Plaats: _____

Telefoon: _____ E-mail adres: _____

Geboortedatum: _____

Huisarts: _____

Datum van aanmelding: _____

BSN nummer: _____

Paspoort: _____

of rijbewijs: _____

of ID: _____

Zorgverzekeraar: _____ Inschrijfnummer: _____

Aanvullend verzekerd? Ja / nee / onbekend

Ik ben geïnformeerd over de tarieven (via website of via informatie in de behandelruimte).

Ik ben mij ervan bewust dat ik zelf het aantal behandelingen bij moet houden die voor vergoeding door de zorgverzekeraar in aanmerking komen.

Uw behandelend fysiotherapeut kan u hierover inlichten. Voor behandelingen die uw zorgverzekeraar niet vergoedt krijgt u van ons een rekening.

Heeft u dit kalenderjaar behandelingen bij een andere fysiotherapeut gehad? Ja / nee

Behandelingen in een andere parktijk tellen mee voor het aantal vergoedingen dat uw zorgverzekeraar per jaar vergoedt.

Ik ga akkoord met eventueel voorbehouden handelingen: Ja / nee

Dit kan van toepassing zijn bij manuele therapie. Voor meer informatie kunt u terecht bij uw behandelend fysiotherapeut of aan de balie.

Ik wil benaderd worden voor deelname aan de Fysio Prestatie Monitor: Ja / nee

Dit betreft een tevredenheidsenquête die na afloop van uw behandeling via email wordt toegestuurd. Wij waarderen het als u hieraan wilt meewerken. Wilt u in dat geval bij uw gegevens uw e-mail adres invullen. Voor meer informatie zie het betreffende formulier.

Akkoord: _____