

Behandelovereenkomst, privacyverklaring en intake vragenlijst

Kind en jeugdige tot 16 jaar



Gegevens behandelaar:

Naam behandelaar: Bianca Lanenga-van den Hoek

Naam praktijk: Kernegezond & Fit, praktijk voor integrale geneeskunde voor darmtherapie en leefstijl

Adres praktijk: Industrieweg 11A, 7944 HT Meppel

KvK-nummer: 89330226

VBAG- licentienummer: 22302013

Praktijk AGB-code: 90092606

Persoonlijke AGB-code: 90116143

RBCZ-code: 230314R

Gegevens cliënt/kind:

Achternaam:

.....

Voornaam: **Roepnaam:**.....

Geslacht: **man** **vrouw**

Geboortedatum: **Geboren te:**

Zorgverzekeraar en relatie nummer:

Adresgegevens:

.....

Telefoon kind:

E-mail kind:

Telefoon ouders/verzorgers: E-mail ouders/verzorgers:

.....

De naam, het adres en telefoonnummer van je huisarts:

(Die raadpleeg ik uitsluitend na schriftelijke goedkeuring van jou).

.....

Hiermee verklaar ik dat mijn kind geheel vrijwillig een of meerdere behandelingen ondergaan bij mw. Bianca Lanenga- van den Hoek van de praktijk KERNGEZOND & FIT. Zijn mijn erop gewezen dat de behandelingen **nooit een vervanging** kunnen zijn voor behandelingen **van de reguliere zorg**. Deze behandelingen hebben een aanvullend karakter.

Door de ondertekening van deze behandelovereenkomst komen wij overeen dat u bekend bent met de werkwijze van de therapeut en toestemming geeft voor het verlenen van orthomoleculaire natuurgeneeskunde en/of andere therapievormen binnen het kader waarin therapeut geschoold is.

Zie www.kerngezond-fit.nl voor meer informatie over mijn werkwijze en de algemene voorwaarden.

U bent geïnformeerd over de algemene voorwaarden m.b.t. vertrouwelijkheid van de consulten/therapie, afspraken m.b.t behandelingen/consulten, vergoeding, annulering en betalingsvoorwaarden van de consulten. Ook bent u op de hoogte van het klachtenrecht.

Deze informatie is te vinden op de website van de Beroepsvereniging VBAG www.vbag.nl.

U verstrekt als klant aan de Orthomoleculair natuurgeneeskundig therapeut alle voor de behandeling van belang zijnde informatie, zoals bijvoorbeeld aanwezig in het dossier van de huisarts/specialist of andere behandelaars.

Het is u bekend dat deze behandeling geen vervanging is van de reguliere zorg,

Deze behandeling heeft een aanvullend karakter.

Toestemming: ik geef Bianca Lanenga-van den Hoek wel/niet toestemming om het dossier te vernietigen bij het sluiten van de praktijk

Algemene voorwaarden zie: www.kerngezond-fit.nl

Privacyverklaring

Voor een goede behandeling is het noodzakelijk dat ik, als uw behandelende therapeut, een dossier aanleg.

Dit is ook een wettelijke plicht opgelegd door de WGBO (wet op geneeskundige behandelovereenkomst).

Uw dossier bevat aantekeningen over uw gezondheidstoestand en gegevens over de uitgevoerde onderzoeken en behandelingen.

Ook worden in het dossier gegevens opgenomen die voor uw behandeling noodzakelijk zijn en die ik, na uw expliciete toestemming, heb opgevraagd bij een andere zorgverlener bijvoorbeeld bij de huisarts.

Ik doe mijn best om uw privacy te waarborgen. Dit betekent onder meer dat ik:

- Zorgvuldig omga met uw persoonlijke en medische gegevens,
- Ervoor zorg dat onbevoegden geen toegang hebben tot uw gegevens Als uw behandelende therapeut heb ik als enige toegang tot de gegevens in uw dossier. Ik heb een wettelijke geheimhoudingsplicht (beroepsgeheim). De gegevens uit uw dossier kunnen ook nog voor de volgende doelen gebruikt worden:
 - Om andere zorgverleners te informeren, bijvoorbeeld als de therapie is afgerond of bij een verwijzing naar een andere behandelaar. Dit gebeurt alleen met uw expliciete toestemming.
 - Voor het gebruik voor waarneming, tijdens mijn afwezigheid.
 - Voor het geanonimiseerde gebruik tijdens intercollegiale toetsing.
 - Een klein deel van de gegevens uit uw dossier wordt gebruikt voor de financiële administratie, zodat ik een factuur kan opstellen. Als ik vanwege een andere reden gebruik wil maken van uw gegevens, dan zal ik u eerst informeren en expliciet uw toestemming vragen. Deze gegevens in het cliëntendossier blijven, zoals in de WGBO wordt vereist, 20 jaar bewaard.

PRIVACY OP DE ZORGNOTA

Op de zorgnota die u ontvangt staan de gegevens die door de zorgverzekeraar gevraagd worden, zodat u deze nota kan declareren bij uw zorgverzekeraar.

- Uw naam, adres en woonplaats
- Uw geboortedatum
- Datum van de behandeling
- Zorgverzekeraar en relatienummer
- Korte omschrijving van de behandeling: natuurgeneeskundige behandeling
- Kosten van het consult

Correspondentie en E-Mail

Ik ga akkoord met e-mail-wisseling t.b.v. behandeling(en), de factuur mag per mail toegestuurd worden.

Met deze verklaar ik dat ik ga volledig akkoord met de privacy statement van de Praktijk ELEWA.

Ondergetekenden verklaren hierbij de algemene voorwaarden voor orthomoleculaire natuurgeneeskundige behandeling en de privacyregels te zijn overeengekomen

Datum:

Plaats:

Handtekening cliënt:

Handtekening therapeut:

Aanvulling voor Behandelovereenkomst met kind/adolescent:

De therapeut is gehouden aan de wettelijke regel dat voor kinderen onder de 16 jaar geldt dat beide ouders/verzorgers (als zij beiden het ouderlijk gezag hebben) door middel van handtekening akkoord moeten gaan met de therapie. In het geval van ondertekening door één van de gezaghebbende ouders/verzorgers, draagt deze er zorg voor dat de andere gezaghebbende ouder wordt geïnformeerd over de therapie en hier zijn/haar toestemming voor geeft door ondertekening van de behandelovereenkomst.

Hij/zij gaat ermee akkoord dat, als de andere ouder op enige wijze bezwaren maakt tegen de therapie of anderszins, hij/zij de consequenties daarvan op zich neemt.

De therapeut kan hier niet verantwoordelijk voor worden gehouden.

Handtekening moeder / verzorger 1:

Handtekening vader / verzorger 2:

Zo nodig de NAW-gegevens van de andere ouder:

Handtekening therapeut:

Cliëntendossier

Intake vragenlijst – kind/jeugdige tot 16 jaar

INTAKE:

1. Met wie woont dit kind samen in hetzelfde huis?

.....

2. Op welke school zit het kind en in welke groep? Hoe gaat het daar met het kind?

.....

.....

3. Welke hobby's heeft het kind?

.....

.....

4. Wat zijn precies de gezondheidsklachten; zowel lichamelijk als geestelijk. Vaak is er een samenhang tussen de diverse klachten. Mochten er eerder specifieke gezondheidsklachten hebben gespeeld, dan die graag ook vermelden.

.....

.....

.....

5. Welke klachten hebben prioriteit in het behandelen?

.....

.....

6. Is de huisarts op de hoogte van de klachten van het kind? Wat zijn de bevindingen en adviezen van de huisarts?

.....

.....

7. Is het kind elders onder behandeling (geweest) voor deze klachten? Wat waren de resultaten? Alle ziekenhuisopnames of specialistische behandelingen tijdens het leven van het kind hier vermelden.

.....

.....

.....

8. Welke medicijnen (homeopathie) gebruikt het kind en waarvoor? Gebruikt het kind voedingssupplementen? Welke?

.....
.....

9. Zijn er vaccinaties geweest in het leven van het kind die (wellicht) problemen hebben gegeven (achteraf)?

.....
.....

10. Snoept het kind? Hoeveel? Welke e-nummers zitten er in het gebruikte snoep?

.....
.....

11. Welke onprettige gebeurtenissen, trauma's of teleurstellingen hebben zich in het leven van het kind voorgedaan?

.....
.....

12. Hoe is de zwangerschap van het kind verlopen en hoe verliep de geboorte? Had moeder toen angsten of verdriet?

.....
.....

13. Hoe is het contact van het kind met de ouders/verzorgers en eventuele overige gezinsleden?

.....
.....

14. Geven beide ouders/verzorgers/verzorgers toestemming voor een behandeling van hun kind in mijn praktijk? Graag de handtekening van beide ouders/verzorgers onder dit intakeformulier, ook behandelovereenkomst. Ik teken deze overeenkomst bij de eerste afspraak in mijn praktijk.

.....
.....

15. Is het kind (als dit qua leeftijd mogelijk is) op de hoogte van zijn klachten en de te door mij te geven behandeling.

.....

16. Deze intakelijst en jouw/jullie antwoorden op de vragen geldt als behandelovereenkomst.

.....

Hoe laat gaat uw kind naar bed: _____ uur Komt uw kind dan makkelijk in slaap: ja nee

Wordt uw kind 's nachts wakker: ja nee Hoe laat: _____ uur

Is uw kind zindelijk overdag: ja nee Zindelijk 's nachts: ja nee

Heeft uw kind het volledige melkgebit: ja nee Is uw kind al aan het tanden wisselen: ja nee

Hoe verloopt dit: _____

Is uw kind traag met: staan lopen praten

Speelt uw kind graag: alleen samen binnen buiten

Is uw kind: groot voor de leeftijd klein voor de leeftijd

Frequentie van de stoelgang van uw kind: _____ x dagelijks/ _____ x per week → regelmatig

onregelmatig Consistentie van de stoelgang: vast brijig

zacht waterig

Kleur van de stoelgang: wit lichtbruin geelbruin donkerbruin zwart

groen Transpireert uw kind: veel weinig Waar: _____

Huilt uw kind veel: ja nee Kunt u dit in uren benoemen: _____

Hoe voelt uw kind zich in het algemeen: _____

Graag aankruisen waar u uw kind in herkent:

Bang om alleen te zijn knuffelen Boos Traag Fijn om te

Hyperactief te knuffelen Jantje lacht jantje huilt Driftig Vervelend om

Jaloers Schrikkerig Vrolijk Moederskindje

Aanvulling: _

Is uw kind al eens geopereerd: ja nee Waarvoor: ____

Heeft uw kind antibiotica gebruikt: 1 keer regelmatig heel vaak langdurig

Heeft uw kind borstvoeding gehad: ja nee Hoe lang: ____

Heeft uw kind vaccinaties gehad ivm reizen griep rijksvaccinatieprogramma

Welke kinderziektes heeft uw kind doorgemaakt: _____

Is de zwangerschap van uw kind goed verlopen: ja nee

Wanneer ging het niet goed: _____

Wat ging er niet goed: _____

Heeft u tijdens de zwangerschap medicijnen geslikt: ja nee Welke: _____ Wanneer: _____

_____. Waarvoor: ____ Hoe lang: ____ Hoe verliep de bevalling: _____

Waren er complicaties: _____

Heeft/krijgt uw kind borstvoeding (gehad): ja nee Hoe lang: ____

Heeft uw kind grote behoefte aan zoetheid: ja nee

Wat krijgt hij/zij dan: _____

Welke voedingsmiddelen of dranken liggen uw kind niet goed: ____ Aanvulling: _

Allergie/overgevoeligheid voor: gluten koemelkeiwit vruchten insecten lactose sieraden hooikoorts paracetamol huisstofmijt antibiotica

Aanvulling: ____

Huid: vet droog jeuk uitslag eczeem (gehad) slechte wondgenezing wratten

Littekens: ongeval operatie Waar heeft uw kind littekens: _____

Aanvulling: ____

Spijsvertering	soms	vaak
Buikpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstipatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Winderigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Luchtwegen/KNO	soms	vaak
Ontstoken holtes (sinusitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oorpijn/ontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ademhaling:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aanvulling: _____

Geef een korte beschrijving van uw kind: _____

17. Indien uw kind **verhinderd** is dient u dit uiterlijk 24 uur van te voren te melden anders wordt dit in rekening gebracht (weekeinde telt niet mee). Zie de algemene voorwaarden.

18. Wij, de ouders/verzorgers, hebben de algemene voorwaarden gelezen en gaan hiermee akkoord.

Handtekening cliënt

Handtekening moeder

Handtekening vader