



ALGEMENE GEGEVENS

Naam:	Voornaam:	Voorletters:
Geboortedatum:	Geboorteplaats:	
Adres:	Postcode/woonplaats:	
Mobiel tel. no.:		
Emailadres:	Burgerlijke staat:	
Beroep:	Hobby's:	
Kinderen Ja / Nee	Aantal:	Leeftijd:
Lengte in cm.	Gewicht in kg.	Buikomvang in cm.
Ziektekostenverzekeraar:	Polisnummer:	Huisarts:

KLACHTGEGEVENS

Welke klacht wil je laten behandelen?	
Hoe lang heb je hier last van?	
Hoe is de klacht begonnen?	
Zit er een regelmaat / patroon in de klacht?	
Kun je de symptomen beschrijven? Bijv. Stekend, brandend, zeurend, kloppend, warm / koud, trekkend, stijf, gevoelloos, scherp, tintelingen, krampen etc.	
Wat geeft verbetering? Bijv. Warmte / koude, rust / beweging (opstaan, lopen, bukken, draaien etc.), bepaalde houding (zitten, liggen, staan), bepaalde voeding etc.)	
Wat geeft verslechtering?	
Is deze klacht al eerder behandeld?	Zo ja, door wie en wanneer?
Word je 's nachts wakker?	Zo ja, op welk tijdstip?
Rook je?	Indien ja, hoeveel?
Welke dranken kun je slecht verdragen?	
Voor welke smaken heb je een voorkeur? (zoet, zout, zuur, scherp, bitter)	
Voor welke smaken heb je een afkeer? (zoet, zout, zuur, scherp, bitter)	
Heb je buiten voormelde klacht nog andere klachten?	
Komen er erfelijke ziekten in jouw familie voor? Zo ja, welke:	

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Welke (kinder)ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen heb je in jouw leven meegemaakt?

Jaartal:	Ziekte/ongeval:	Behandeling:
----------	-----------------	--------------

Jaartal:	Ziekte/ongeval:	Behandeling:
----------	-----------------	--------------

Jaartal:	Ziekte/ongeval:	Behandeling:
----------	-----------------	--------------

Jaartal:	Ziekte/ongeval:	Behandeling:
----------	-----------------	--------------

Jaartal:	Ziekte/ongeval:	Behandeling:
----------	-----------------	--------------

Jaartal:	Ziekte/ongeval:	Behandeling:
----------	-----------------	--------------

Welke ziekte / gebeurtenis in jouw leven ervaar je als het zwaarst?

Slik je medicijnen?	Zo ja, welke:
---------------------	---------------

Slik je voedingssupplementen	Zo ja, welke
------------------------------	--------------

WAT IS OP JOU VAN TOEPASSING?

ALGEMEEN		SPIJSVERTERING		EVT. OPMERKINGEN
Hoofdpijn	Ja / Nee	Maagpijn	Ja / Nee	
Slapeloosheid	Ja / Nee	Maagzweer	Ja / Nee	
Slecht slapen	Ja / Nee	Maagbreuk	Ja / Nee	
Gewichtsverandering	Ja / Nee	Maagzuur	Ja / Nee	
Duizeligheid	Ja / Nee	Breuk middenrif	Ja / Nee	
Vermoeidheid	Ja / Nee	Galproblemen/-stenen	Ja / Nee	
Dubbel / vaag zien	Ja / Nee	Leverproblemen	Ja / Nee	
Allergie	Ja / Nee	Darmontsteking	Ja / Nee	
ADEMHALING		Constipatie	Ja / Nee	
Ademhalingsproblemen	Ja / Nee	Diarree	Ja / Nee	
Astma	Ja / Nee	Misselijkheid	Ja / Nee	
Chronische hoesten	Ja / Nee	Winderigheid	Ja / Nee	
Chronisch verkouden	Ja / Nee	Borrelende buik	Ja / Nee	
Keelpijn/-ontstekingen	Ja / Nee	Bloed bij ontlasting	Ja / Nee	
Oorsuizen	Ja / Nee	BEWEGINGSAPPARAAT		
Longontsteking	Ja / Nee	Gespannen spieren	Ja / Nee	
Emfyseem	Ja / Nee	Krachtsverlies	Ja / Nee	
Hooikoorts	Ja / Nee	Lage rugpijn	Ja / Nee	
Ophoesten van slijm	Ja / Nee	Nekpijn	Ja / Nee	
Ophoesten van bloed	Ja / Nee	Tintelingen/uitstralingen	Ja / Nee	

HART / BLOEDVATEN		Gewrichtspijnen	Ja / Nee	EVT. OPMERKINGEN
Hartklachten	Ja / Nee	Bewegingsbeperking	Ja / Nee	
Hoge / lage bloeddruk	Ja / Nee	Spierpijnen	Ja / Nee	
Hoog / laag cholesterol	Ja / Nee	HUID		
Beroerte	Ja / Nee	Eczeem / uitslag	Ja / Nee	
Hartinfarct	Ja / Nee	Blauwe plekken	Ja / Nee	
Bloedarmoede	Ja / Nee	Droge / vette huid	Ja / Nee	
Pijn op de borst	Ja / Nee	Transpiratie (te veel/weinig)	Ja / Nee	
Hartkloppingen	Ja / Nee	Jeuk	Ja / Nee	
Kouden handen / voeten	Ja / Nee	URINEWEGEN / GENITAAL		
Spataderen	Ja / Nee	Nierinfectie / - stenen	Ja / Nee	
Vocht vasthouden	Ja / Nee	Pijn bij plassen	Ja / Nee	
Zwelling enkels	Ja / Nee	Prostaatklachten	Ja / Nee	
Slechte circulatie	Ja / Nee	Blaasontsteking	Ja / Nee	
		Verandering urine	Ja / Nee	
GESTELDHEID		Geslachtsziekte	Ja / Nee	
		Verandering libido	Ja / Nee	
Depressie	Ja / Nee	VROUW		
Concentratieverlies	Ja / Nee	Wanneer eerste menstruatie	Ja / Nee	
Angst	Ja / Nee	Zwanger	Ja / Nee	
Piekeren	Ja / Nee	Opvliegers	Ja / Nee	
Lusteloos	Ja / Nee	Pijnlijke menstruatie	Ja / Nee	
Besluiteloos	Ja / Nee	Onregelmatige menstruatie	Ja / Nee	
Verdrietig	Ja / Nee	Langdurige menstruatie	Ja / Nee	
Opkroppen	Ja / Nee	Premenstrueel syndroom	Ja / Nee	
Geïrriteerd	Ja / Nee	Witte vloed	Ja / Nee	
Geheugenvermindering	Ja / Nee	Overgangsproblemen	Ja / Nee	
Weinig zelfvertrouwen	Ja / Nee	Miskraam gehad	Ja / Nee	
Zenuwachtigheid	Ja / Nee	AANDOENINGEN		
AANDOENINGEN		Hersenvliesontsteking	Ja / Nee	
Angina Pectoris	Ja / Nee	Reuma	Ja / Nee	
Alcoholisme	Ja / Nee	Tuberculose	Ja / Nee	
Epilepsie	Ja / Nee	Suikerziekte	Ja / Nee	
Kanker	Ja / Nee	Schildklier	Ja / Nee	
Multiple Sclerose	Ja / Nee	Polio	Ja / Nee	
ONGEVALLEN		BOTBREUKEN		
	Jaartal		Jaartal	
	Jaartal		Jaartal	

BEHANDELOVEREENKOMST

CAT- behandelovereenkomst

Naam therapeut: R.H. Blokzijl, AEquilibrium

Door dit document te ondertekenen, erkennen therapeut en cliënt dat:

- De cliënt in behandeling gaat bij de therapeut en op de hoogte is gesteld van de door deze therapeut gevraagde tarieven
- De cliënt op de hoogte is van en toestemming geeft voor de samen gekozen en door de therapeut voorgestelde behandeloptie(s) en op de hoogte is van en toestemming geeft voor het door de therapeut opgestelde behandelplan (rekening houdende met het feit dat een behandelplan een schatting is)
- De therapeut zich verplicht de cliënt door te verwijzen naar een collega therapeut of arts indien de behandeling niet toereikend is of niet kan worden voortgezet wegens ziekte, overlijden of een aandoening
- Beëindiging van de behandeling te allen tijde met wederzijds goedvinden kan plaatsvinden
- Beëindiging van de behandeling eenzijdig kan plaatsvinden door de cliënt indien de cliënt de behandeling niet langer op prijs stelt of nodig acht
- Indien de behandeling wordt beëindigd door de cliënt en dit gebeurt tegen het advies van de therapeut in; de cliënt dit doet voor eigen risico en bereid is een verklaring te tekenen waarop cliënt erkent de behandeling zonder goedkeuring van de therapeut te beëindigen
- De behandeling door de therapeut eenzijdig kan worden beëindigd als redelijkerwijs niet van hem/haar kan worden verwacht dat hij/zij de behandeling voortzet - De cliënt op de hoogte is van de klachtenprocedure en zich voor klachten kan wenden tot de door de therapeut gevoerde rijks erkende Wkkgz geschilleninstantie, zie hieronder de website van de betreffende geschilleninstantie: <https://gatgeschillen.nl>
- Betaling vindt plaats in onderling overleg tussen de cliënt en therapeut
- De cliënt ontvangt een declaratienota per email van de therapeut waarna de betaling binnen de termijn dient plaats te vinden
- De cliënt op de hoogte is van het feit dat de therapeut een elektronisch cliëntendossier bijhoudt
- De therapeut dit cliëntendossier behandelt overeenkomstig met de AVG en de privacy verklaring

CAT- behandelovereenkomst zoals te vinden op onderstaande website: <https://aequilibrium.nl>

- De therapeut belooft het cliëntendossier tenminste 20 jaar te bewaren of in geval van een minderjarige cliënt tenminste 20 jaar te bewaren na het bereiken van de leeftijd van 18 jaar of indien de minderjarige voor het bereiken van het 18e levensjaar overlijdt: 18 jaar na het geboorte jaar het cliëntendossier tenminste 20 jaar te bewaren.
- De cliënt is op de hoogte van de collega-therapeut waarmee de therapeut een waarneming en overdracht overeenkomst heeft afgesloten.
Een collega-therapeut kan de praktijk waarnemen in geval van afwezigheid van de therapeut of overnemen in geval van sluiten van de praktijk.
- De collega therapeut wordt vastgesteld op het moment dat het nodig is.
- De client heeft geen bezwaar tegen het delen van het cliëntendossier wanneer de praktijk wordt waargenomen door een collega-therapeut
De cliënt heeft geen bezwaar tegen het overdragen van het cliëntendossier wanneer de praktijk wordt overgenomen door een collega-therapeut

Datum: -----

Plaats: -----

Handtekening cliënt: -----

Handtekening therapeut: -----