

Voornaam :		Kinderen:	Ja / Nee
Achternaam :		Tel. Nr.	
Geboorte datum :		E Mail :	
Burgelijke staat :		Verzekerde nr.:	
Adres :		Postcode:	Plaats:

Zijn er Lichamelijke of Geestelijke condities die belangrijk zijn om te vermelden voor de sessie? Of waarvoor je momenteel elders behandeling voor krijgt?

-  
-  
-

Gebruik je medicatie?

Welke:

Waarvoor:

Gaat je arts akkoord met deze behandeling? Ja / Niet nodig ik beslis zelf.

<b>1</b>	Wat is het probleem, of uitdaging / uitdagingen	
<b>2</b>	Wat is je verwachting of nieuwe doel:  Wat wil je bereiken?	
<b>3</b>	Wat kan je zelf al doen of laten om het te bereiken?	
<b>4</b>	Wanneer heb je er in het bijzonder last van?	

<p>*Ik ga akkoord met de aangeboden behandelwijze en ben op de hoogte gesteld i.v.m mijn rechten en plichten ten aanzien van de behandeling en vervolg er van. Uitleg over de behandeling en werkwijze kan ik vinden op <a href="http://beterworden.nu">beterworden.nu</a> &amp; <a href="http://weer-beterworden.nl">weer-beterworden.nl</a> of in de praktijk(en) van Beter Worden. En geef hierbij de behandelaar of behandelaar(s) van Beter Worden toestemming tot behandelen (van mij zelf, van mijn kind of iemand onder mijn auspiciën). Ik ben op de hoogte met de wet AVG en heb deze gelezen. Ik weet dat ik zelf verantwoordelijk ben voor mijn gezondheid en zal mijn behandeling elders niet zonder meer stop zetten cq. veranderen tenzij ik dit zelf na goed overdacht te hebben noodzakelijk acht en dit omdat ik op de hoogte ben t.o.v mijn eigen verantwoordelijkheid aangaande mijn eigen gezondheid (of dat van mijn kind of iemand onder mijn auspiciën). Tevens geef ik hierbij toestemming dat de sessie(s) (indien nodig) volledig vertrouwelijk opgenomen mogen worden t.b.v. eventuele toekomstige ontwikkelingen, onze veiligheid en welzijn, echter zal ik uitdrukkelijk toestemming vragen als ik dit zelf wil doen (zie Algemene Informatie/Behandelovereenkomst). Ik ontleen geen rechten aan resultaten die voortvloeien uit de behandeling want ik begrijp dat de behandelaar/Beter Worden een inspanning(s) verplichting heeft en geen levering(s) verplichting. De behandelaar zal de sessie[s] volledig als vertrouwelijk behandelen en ik weet dat deze behandeling geen vervanging is voor medische zorg door de reguliere geneeskunde. Ik zal mijn evt. medische behandeling en medicijnen voortzetten indien dit nodig is en ook indien mijn symptomen voortduren. Ik begrijp dat de behandelaar niet verantwoordelijk is of kan zijn voor enigerlei negatieve gevolgen, hoe ondenkbaar dan ook, voortvloeiend uit de behandeling of behandelwijze. Ik heb het bovenstaande gelezen en naar waarheid ingevuld en of gezegd, ook heb ik alles verteld wat noodzakelijk kan zijn voor de behandeling of behandelaar [Beter Worden]. Ik weet dat de behandeling e.v.t voor (gedeeltelijke) vergoeding in aanmerking kan komen bij de zorgverzekeraar en accepteer de mogelijkheid dat dit niet zo is en zal ongeacht vergoeding tot betalen van de factuur(en) overgaan zoals verstrekt door de behandelaar / Beter Worden.</p>	Datum:
	Handtekening*