Louis Peters

**Graag verzoek ik u deze lijst zo volledig mogelijk in te vullen** *Al uw gegevens vallen onder het beroepsgeheim*

**Persoonlijke gegevens**

Naam …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Voorletter(s) …………………………… Geslacht m/v Roepnaam …………………………..

Geboortedatum……………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Postcode …………………………………………………………………………………………………………………………………………… Woonplaats…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefoon privé…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefoon werk……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Mobiele telefoonnummer…………………………………………………………………………………………………………………..

Emailadres…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

BSN nummer…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Gegevens verwijzer**

Naam huisarts …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres: huisarts(en)praktijk ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefoon…………………………………………………………………………………………………

Vindt u het goed als er overleg met de huisarts is over uw behandeling? Ja / Nee

 (1)

**Verzekeringsgegevens**

Verzekeringsmaatschappij………………………………………………………………..

Polisnummer………………………………………………………………………………..

**Lichamelijke klachten**

 (2)

Wat zijn uw belangrijkste klachten?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Sinds wanneer heeft u deze klachten?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kunt u aangeven hoe deze klachten zijn begonnem?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Verwachtingen**

Kunt u zo concreet mogelijk aangeven wat u van mij verwacht en wat u wilt bereiken?

Opmerkingen

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 (3)

**Algemene gezondheid**

Gebruikt u medicijnen? 0 Nee 0 Niet meer 0 Ja,

Opmerkingen ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Datum …………………………………………………….**

**Handtekening ………………………………………………………………………………………………………………………………………..**……………………

 (4)