



Intakeformulier

Body, Belly, Baby massage

Welkom

Van harte welkom bij **Baby Spirit** Om de behandeling zo veilig en zorgvuldig mogelijk uit te voeren, verzoek ik u dit intakeformulier volledig en naar waarheid in te vullen. Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

1. Persoonlijke gegevens

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Beroep: _____

2. Zwangerschap

Uitgerekende datum: _____



Aantal weken zwanger: _____

☐ Eerste zwangerschap

☐ Niet de eerste zwangerschap

Aantal eerdere zwangerschappen: _____

Verloopt de zwangerschap normaal?

☐ Ja

☐ Nee

Indien nee, toelichting:

Bent u onder controle van:

☐ Verloskundige

☐ Gynaecoloog

☐ Beide

Naam praktijk/ziekenhuis:



3. Gezondheid

Heeft u één of meerdere van onderstaande klachten of aandoeningen?

- ☐ Hoge bloeddruk
- ☐ Lage bloeddruk
- ☐ Zwangerschapsdiabetes
- ☐ Bekkeninstabiliteit
- ☐ Rug- of nekklachten
- ☐ Spataderen
- ☐ Trombose
- ☐ Hart- en vaatziekten
- ☐ Bloedverlies
- ☐ Pre-eclampsie
- ☐ Infectie
- ☐ Koorts
- ☐ Migraine
- ☐ Andere aandoeningen

Toelichting:



Gebruikt u medicijnen?

☐ *Nee*

☐ *Ja*

Welke?

Heeft u allergieën?

☐ *Nee*

☐ *Ja*

Welke?

4. Medische begeleiding

Naam verloskundige:

Praktijk:

Naam huisarts:

Overige zorgverleners:

KvK; 75181290
AGB code; 90108443
Holistisch gezin-kindertherapeut
CAT beroepsvereniging; CL2460-28-07-19



Praktijk Onderweg
Tel; 06 303 777 18
hduikersloot@babyspirit.nl
Stelling 24, 1424 EM De Kwakel

5. Verzekeringsgegevens

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

Aanvullend verzekerd voor massage?

☐ Ja

☐ Nee

☐ Onbekend

6. Toestemming overleg zorgverleners

Wanneer dit noodzakelijk is voor een veilige behandeling geef ik toestemming aan de therapeut om, uitsluitend na overleg met mij, contact op te nemen met:

☐ Verloskundige

☐ Huisarts



☐ *Gynaecoloog*

☐ *Overige behandelaar*

Naam:

☐ *Ik geef hiervoor toestemming.*

☐ *Ik geef hiervoor geen toestemming.*

7. Informed Consent (Wkkgz)

Ik verklaar dat:

- ik de gelegenheid heb gehad vragen te stellen over de behandeling;*
- de behandeling, werkwijze, mogelijke effecten en eventuele contra-indicaties aan mij zijn uitgelegd;*
- ik begrijp dat zwangerschapsmassage een complementaire behandeling is en geen vervanging vormt voor medische zorg;*
- ik veranderingen in mijn gezondheid direct meld;*
- ik de behandeling vrijwillig onderga;*
- ik begrijp dat de therapeut een behandeling mag weigeren of aanpassen wanneer dit medisch verantwoord wordt geacht.*

☐ *Ik ga akkoord.*

8. AVG Toestemmingsverklaring

KvK; 75181290
AGB code; 90108443
Holistisch gezin-kindertherapeut
CAT beroepsvereniging; CL2460-28-07-19



Praktijk Onderweg
Tel; 06 303 777 18
hduikersloot@babyspirit.nl
Stelling 24, 1424 EM De Kwakel

Voor een goede behandeling is het noodzakelijk dat de therapeut een dossier aanlegt. Dit dossier bevat uitsluitend gegevens die relevant zijn voor de behandeling.

Uw gegevens worden:

- vertrouwelijk behandeld;
- niet verstrekt aan derden zonder uw schriftelijke toestemming, tenzij een wettelijke verplichting dit vereist;
- uitsluitend gebruikt voor uw behandeling, administratie en eventuele communicatie.

Ik geef toestemming voor:

- ☐ Het bewaren van mijn cliëntendossier volgens de wettelijke bewaartermijn.
- ☐ Het verwerken van mijn persoonsgegevens voor behandeldoelinden.
- ☐ Contact via e-mail.
- ☐ Contact via telefoon.
- ☐ Contact via WhatsApp.
- ☐ Het versturen van facturen per e-mail.
- ☐ Het delen van informatie met mijn behandelend arts/verloskundige, uitsluitend na mijn aanvullende toestemming.

Ik ben geïnformeerd over mijn recht op:

- inzage;
- correctie;
- verwijdering waar wettelijk toegestaan;



- dataportabiliteit;
- intrekken van mijn toestemming.

☐ Ik ga akkoord met de verwerking van mijn persoonsgegevens conform de AVG.

9. Praktijkvoorwaarden

Ik verklaar dat ik kennis heb genomen van de praktijkvoorwaarden en hiermee akkoord ga.

www.babyspirit.nl/neem-contact-met-ons-op.nl

Ik ben op de hoogte van:

- de tarieven;
- de betalingsvoorwaarden;
- de annuleringsvoorwaarden;
- de privacyverklaring;
- de huisregels.

☐ Akkoord

10. CAT – Klachtenregeling

Vindt de klachtenregeling op;

KvK; 75181290
AGB code; 90108443
Holistisch gezin-kindertherapeut
CAT beroepsvereniging; CL2460-28-07-19



Praktijk Onderweg
Tel; 06 303 777 18
hduikersloot@babyspirit.nl
Stelling 24, 1424 EM De Kwakel

Ik verklaar dat:

- ik ben geïnformeerd dat de therapeut is aangesloten bij CAT Collectief;
- ik weet dat de therapeut voldoet aan de eisen van de Wkkgz;
- ik kennis kan nemen van de klachtenregeling en geschillenregeling;
- ik weet hoe ik een klacht kan indienen indien nodig.

☐ Akkoord

11. Verklaring cliënt

Ik verklaar dat alle verstrekte informatie volledig en naar waarheid is ingevuld.

Ik begrijp dat het achterhouden van medische informatie invloed kan hebben op de veiligheid van de behandeling.

Naam cliënt:

Datum:

Handtekening cliënt:

In te vullen door de therapeut

Datum intake:

Behandeldoel:

Contra-indicaties:

Behandelplan:

Bijzonderheden:

Akkoord behandeling:

☐ Ja

☐ Nee

Naam therapeut:

Handtekening therapeut:

