

## INSCHRIJFFORMULIER VOLLEDIG

Achternaam : \_\_\_\_\_ Tussenvoegsels : \_\_\_\_\_  
Roepnaam : \_\_\_\_\_ Voorletters : \_\_\_\_\_  
Geb. datum : \_\_\_\_\_ Telefoon : \_\_\_\_\_  
Straatnaam en nr.: \_\_\_\_\_ Postcode : \_\_\_\_\_  
Woonplaats : \_\_\_\_\_  
Identiteitsbewijs : rijbewijs/paspoort/id.kaart Nr. ID : \_\_\_\_\_  
E-mail adres : \_\_\_\_\_ Beroep : \_\_\_\_\_  
Sport : \_\_\_\_\_ Allergie: ja/nee : zo ja waarvoor: \_\_\_\_\_  
Naam huisarts : dhr/mw/huisartsenpraktijk \_\_\_\_\_  
Hoe komt u aan onze naam: \_\_\_\_\_

---

- Heeft u een verwijsbrief (meestal niet noodzakelijk): **ja/nee**. (verwijzer krijgt altijd een verslag)  
**Zo ja:** Naam verwijzer: : dhr/mw/n.v.t.: \_\_\_\_\_
- Betreft het een **post-operatieve** behandeling: **ja/nee** (na een operatie verwijsbrief noodzakelijk).  
**Zo ja:** Naam chirurg: \_\_\_\_\_ Datum operatie: \_\_\_\_\_ Datum ontslag: \_\_\_\_\_
- Heeft u in dit kalenderjaar fysiotherapie bij een collega gehad: **ja/nee**, Zo ja, hoeveel behandelingen: \_\_\_\_\_
- Indien u **bij verhindering** tenminste 24 uur van tevoren telefonisch af zegt, wordt de gereserveerde tijd niet in rekening gebracht. (Niet nagekomen of te laat afgezegde afspraken kunnen **nooit** gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar). **Gezien: ja/nee**
- Wij zijn contractueel verplicht behandelinformatie te leveren aan uw zorgverzekeraar en/of huisarts. Als u niet akkoord gaat, doen wij dit niet. **Akkoord: ja/nee**
- Wilt u nieuwsbrieven van ons ontvangen: **Ja/nee**
- Stelt u prijs op het deelnemen aan kwaliteitsenquêtes van de beroepsvereniging? **Ja/nee**  
*De enquêtes worden – buiten ons om - per e-mail verzonden. Wij worden er als praktijk op afgerekend als u niet deel neemt. Heef u bezwaar of geen zin in een kwaliteitsenquête: graag nee aangeven.*

Om uw privacy niet te schenden zijn wij bij wet (AVG) verplicht voor het vastleggen, verwerken en delen van uw persoonlijke en behandelgegevens uw uitdrukkelijke toestemming en handtekening te vragen. Als u niet akkoord gaat kunnen wij volgens de wet AVG in principe **géén** enkele behandeling starten, omdat wij uw persoonlijke en behandelgegevens **niet** zonder uw toestemming mogen opslaan en verwerken. Hierdoor kunnen wij bijvoorbeeld ook geen rekening aan u of uw verzekeraar sturen. U kunt ervan uitgaan dat wij met de uiterste zorgvuldigheid met uw gegevens omgaan en uw gegevens - met uitzondering van zorgverzekeraar en/of huisarts - **niet** aan derden verstrekken.

Voor verdere informatie over hoe wij met uw gegevens omgaan, verwijzen wij u naar de privacy verklaring op onze website. Mocht u prijs stellen op een exemplaar van de privacyverklaring, dan verstrekken wij die uiteraard graag.

- Hiermee verklaar ik akkoord te gaan met de verwerking van mijn persoons- en behandelgegevens volgens de privacyverklaring van Fysiotherapie Rob Mars

Schagen, datum, .....naam: .....ondertekening: .....

---

### INVULLEN DOOR FYSIOTHERAPIE ROB MARS:

Datum intake : \_\_\_\_\_ Ingevuld door: \_\_\_\_\_ Verwijsdiagnosecode: ja/nee  
Aanvullende verzekering : ja/nee Aantal behandelingen: \_\_\_\_\_ Omschrijving klacht: \_\_\_\_\_