

Intakeformulier

Naam: _____ m/v geb.datum: _____
 Adres: _____ BSN: _____
 PC/Plaats: _____ tel.: 0 ____ -- ____
 e-mail: _____ @ _____ mob.: 06 - _____
 Zorgverzekering: _____ Huisarts: _____
 Pakket: _____ Toestemming voor eventueel overleg met huisarts/verwijzer: ja/nee
 Ik ben op de hoogte van de Privacy Policy van Quatre-mains (zie site) en ga hiermee akkoord, **paraaf:** _____

Welke klacht(en) heeft u: _____

Welke beperkingen in activiteiten ervaart u hierdoor: _____

Wat provoceert de klachten: _____

Wat vermindert de klachten: _____

Wat gaat u het liefste doen als u klachtenvrij bent: _____

Wat verwacht u van ons: _____

Geef in de figuren **zo precies en uitgebreid mogelijk** aan (met **rood**) waar u de klachten ervaart:

