

Ans Raymakers
Praktijk voor energetische therapie



Cliëntregistratieformulier

In blokletters invullen s.v.p.

Datum : _____

Achternaam : _____

Voorna(a)m(en) : _____

Geb.datum : _____

Huwelijkse Staat : _____

Kinderen : _____

(namen/geboortedata)

Adres : _____

Postcode : _____

Dagtaak / beroep: _____

Woonplaats : _____

Tel: : thuis: _____ werk: _____ mobiel: _____

Email _____

Zorgverzekeraar : _____

Adres en Woonplaats : _____

Polisnummer : _____

Huisarts/Specialist : huisarts / specialist op de hoogte van uw klachten? Ja / nee

Naam Huisarts : _____

Adres en Woonplaats : _____

Tefoonnummer : _____

Naam Specialist : _____

Adres, Woonplaats en Ziekenhuis: _____

Telefoonnummer : _____

Diagnose reguliere geneeskunde: _____

Medicijngebruik: _____

Nu nog in behandeling bij: _____

Naam ziekenhuis en specialist/arts vermelden

In behandeling geweest bij : _____

Ondergetekende verklaart hierbij dat hij/zij (de voorwaarden van) de behandelingsovereenkomst heeft ontvangen.