****

**Cliëntregistratieformulier**

**Achternaam:**

**Voornamen:
Roepnaam:
Geboortedatum:**

**Geboorteplaats/land:**

**Adres:**

**Postcode/Woonplaats:
Telefoonnummer:
E-mailadres:**

**Beroep:**

**Burgerlijke staat:**

**Kinderen:**

**Leeftijd kinderen:**

**Huisarts:**

**Weet u huisarts dat u bij mij komt?**

**Geeft u toestemming dat ik indien nodig contact op neem met uw huisarts?
Zorgverzekeraar:**

**Komt u in aanmerking voor vergoeding?**

**Heeft u erfelijke aandoeningen? Zo ja, welke erfelijke aandoeningen?**

**Gebruikt u medicijnen? Zo ja welke medicijnen?**

**Drinkt u alcohol? Zo ja, hoe vaak gebruikt u alcohol?**

**Rookt u? Zo ja, hoeveel rookt u per dag?**

**Gebruikt uw drugs? Zo ja, hoe vaak gebruikt u drugs?**

**Wat zijn uw klachten?**

**Bent u hiervoor al eerder behandeld?**

**Zo ja, door wie bent u behandelt en wat was de diagnose?**

**Overige klachten**

**Overige informatie (bijv. operatie(s), ongeval, dieet, handicap,etc.)**

**Eventuele Diagnose reguliere geneeskunde:**

**Stuur mij een kopie van het bericht**