Intakeformulier Neurofeedback

Naam:
Adres:
Geboortedatum:
Telefoonnummer:
E-mail:

Naam Huisarts:

Adres:

Medicatie:

Zijn er diagnoses vastgeteld?

Nee:

Ja namelijk:

Bent u al eerder voor deze klachten behandeld?

Nee:
Ja door:

O Huisarts
O Psycholoog
O Psychiater
O Fysiotherapeut
O Specialist
O Anders namelijk:

Wat zijn de belangrijkste klachten op dit moment?

Hoe bent u bij deze praktijk gekomen?

O Via een familielid
O Voorlichtingsavond
O Advertentie
O Google
O Specialist
O Via social media, namelijk?
O Via een verwijzer, namelijk?

Vergoedingen

Indien u aanvullend verzekerd bent voor alternatieve zorg kan de behandeling mogelijk (gedeeltelijk) vergoed worden.

NeuroSupport is aangesloten bij de volgende beroepsverenigingen

BATC Stichting Belangen Associatie Therapeuten Consument
KNAP Koepel Nederlandse Associatie Psychotherapie

Om te achterhalen of u voor (gedeeltlijke) vergoeding in aanmerking komt dient u contact op te nemen met uw zorgverzekeraar.

U bent alsverzekerde zelf verantwoordelijk voor uw verzekering en derhalve ook voor de door u geaccepteerde voorwaarden.
NeuroSupport is dan ook niet aansprakelijk voor het uitblijven van vergoeding door zorgverzekeraars en kan dan ook niet aansprakelijk gesteld worden hiervoor.

Kosten

Per sessie € 65,- (betaling binnen 10 dagen)

Cliënt of diens vertegewoordiger:

Naam:

Datum:

Handtekening: