TCM

Praktijk Xing fu by Naomi

2024

Inhoud

[Uw Privacy 2](#_Toc158796159)

[Behandelovereenkomst 3](#_Toc158796160)

[Anamnese 4](#_Toc158796161)

[**Onderstaand cliëntendossier: dient ingevuld te worden door de behandelaar** 8](#_Toc158796162)

[Behandelprincipe en adviezen 8](#_Toc158796163)

[Hoofdklachten: 8](#_Toc158796164)

[Waarnemingen Dorn Therapie ( gewrichten ) & Voetdiagnose 8](#_Toc158796165)

[Waarnemingen acu-alarmpunten: 9](#_Toc158796166)

[Waarnemingen rug, voet TuiNa & voetreflex diagnose 9](#_Toc158796167)

[Aantekeningen sessie/behandeling 10](#_Toc158796168)

# Uw Privacy

Voor een goede behandeling is het noodzakelijk dat ik, als uw behandelend therapeut, een dossier aanleg. Dit is een wettelijke plicht, opgelegd door de WGBO. Dit dossier bevat aantekeningen over uw gezondheidstoestand en gegevens over de uitgevoerde onderzoeken en behandelingen.

Ook worden in het dossier gegevens opgenomen die voor uw behandeling noodzakelijk zijn en eventueel gegevens die ik, na uw expliciete toestemming, heb opgevraagd bij een andere zorgverlener, bijvoorbeeld bij de huisarts.

Ik doe mijn uiterste best uw privacy te waarborgen. Dit betekent onder meer dat ik:

* zorgvuldig omga met uw persoonlijke en medische gegevens,
* ervoor zorg dat onbevoegden geen toegang hebben tot uw gegevens,
* uw gegevens nimmer met anderen deel, tenzij na overleg met u en uw uitdrukkelijke toestemming.

Als uw behandelend therapeut heb ik als enige toegang tot de gegevens in uw dossier.

Ik heb een wettelijke geheimhoudingsplicht (beroepsgeheim).

De gegevens uit uw dossier kunnen ook nog voor de volgende doelen gebruikt worden:

* Om andere zorgverleners te informeren, bijvoorbeeld als de therapie is afgerond of bij een verwijzing naar een andere behandelaar. Dit gebeurt alleen met uw expliciete toestemming.
* Voor het gebruik voor waarneming, tijdens mijn afwezigheid.
* Voor het geanonimiseerde gebruik tijdens intervisie / intercollegiale toetsing.
* Een klein deel van de gegevens uit uw dossier wordt gebruikt voor de financiële administratie, zodat ik of mijn administrateur, een factuur kan opstellen.

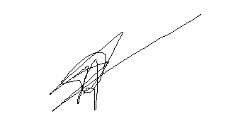
Als ik vanwege een andere reden gebruik wil maken van uw gegevens, dan zal ik u eerst informeren en expliciet uw toestemming vragen.

Deze gegevens in het cliëntendossier blijven 20 jaar bewaard, ook na uw of mijn overlijden, zoals de wet op de behandelovereenkomst voorschrijft.

**Privacy op de Zorgnota**

Op de zorgnota die u ontvangt staan de gegevens die door de zorgverzekeraar gevraagd worden, zodat u deze nota kan declareren bij uw zorgverzekeraar. Het gaat om de volgende gegevens:

* Uw naam, adres en woonplaats
* Uw geboortedatum
* De datum van de behandeling
* Een korte omschrijving van de behandeling, zoals bijvoorbeeld ‘behandeling natuurgeneeskunde’, of 'psychosociaal consult’ en de daarbij behorende zgn. prestatiecode
* De kosten van het consult

Aldus naar waarheid ingevuld en ondertekend d.d. … - … -2022 door Naomi Tijs

Handtekening:

Handtekening patiënt:

# Behandelovereenkomst

Ondergetekenden:

1. Naam **CAM-zorgverlener**: Naomi Tijs 2. Naam **cliënt**:

Adres: van Ryckelstraat 14 Adres:

Postcode / plaats: 5081 JE Postcode/plaats:  
 Gevestigd te: Hilvarenbeek Geboortedatum:

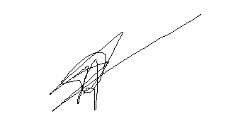
Komen overeen dat:

De CAM-Therapeut aan de cliënt de benodigde behandeling of begeleiding biedt, zoals in het behandelplan zal worden/is verwoord.

Beide zijn zich bewust dat:

* Uw CAM-Therapeut is aangesloten bij de FAGT en heeft zich daarmee gecommitteerd te handelen conform de FAGT-regelgeving ([www.fagt.org](http://www.fagt.org)).
* Uw FAGT CAM-Therapeut heeft zich verplicht tot geheimhouding ten aanzien van cliënten en cliëntgegevens t.b.v. het dossier en verstrekte gegevens.
* CAM-Therapeuten van de FAGT zijn verplicht een actuele tarievenlijst op de eigen website te plaatsen, dan wel de prijslijst duidelijk zichtbaar in de praktijk te plaatsen.
* De FAGT CAM-Therapeut dient de cliënt correct door te verwijzen naar een arts of collega-therapeut, indien zijn/haar behandeling niet geëigend en/of toereikend is.
* De CAM-Therapeut verplicht is om informatie betreffende de behandeling aan de cliënt te verstrekken in alle fasen van de behandeling.
* U de CAM-therapeut vrijwillig bezoekt en de voorgestelde therapie vrijwillig ondergaat.
* U zich als cliënt verplicht om, middels het intake- en anamneseformulier, eerlijke en relevante informatie aan de CAM-Therapeut te verstrekken.
* U als cliënt het recht tot inzage in het eigen dossier hebt.
* U zich verplicht een afspraak tijdig minimaal 24 van tevoren af te zeggen, anders kunnen de kosten van de gereserveerde tijd in rekening worden gebracht.
* U bij een klacht over de behandeling in eerste instantie met uw CAM-Therapeut in gesprek gaat. Geeft dit niet het gewenste resultaat of is dit door omstandigheden niet mogelijk, dan kunt u zich wenden tot de FAGT en/of tot de onafhankelijke klachtenfunctionaris van Quasir ([www.quasir.nl](http://www.quasir.nl)) conform de wkkgz.
* Beëindiging van de behandeling met wederzijds goedvinden te allen tijde kan geschieden.
* Indien u als cliënt deze behandelovereenkomst niet langer op prijs stelt of nodig acht, u deze eenzijdig kunt beëindigen door dit aan te geven aan uw CAM-Therapeut.
* De FAGT CAM-Therapeut de overeenkomst alleen eenzijdig kan beëindigen, indien redelijkerwijs niet van hem kan worden gevergd dat hij de overeenkomst voortzet. Dit dient duidelijk beargumenteerd te zijn.
* Betaling van de behandelingen in onderling overleg geschied waarbij contant of na factuur betaald kan worden.
* U de factuur elke week van uw CAM-Therapeut ontvangt.

Aldus overeengekomen, in tweevoud opgemaakt en ondertekend:

Plaats: Hilvarenbeek Datum:

Handtekening CAM-Therapeut: Naomi Tijs

Handtekening patiënt: of Handtekening (wettelijk) vertegenwoordiger:

# Anamnese

**Algemeen**

Naam: ……………………………………………………………………………………m / v

Voornaam: …………………………………………………………………………………….

Adres: …………………………………………………………………………………………

Postcode: ………… Woonplaats: ………………

Tel. Nr.:……………………………………………Geboortedatum: ………………………….

E-mail: …………………………………………

( \* ) Beroep of bezigheid: ……………………………………………………………………...

( \* ) School / opleiding: ………………………………………………………………………..

Gehuwd/ samenwonend/ gescheiden/ weduwe(naar)/ ongehuwd

(schrappen wat niet van toepassing is)

Kinderen: ja/nee ; zo ja, hoeveel en in welke leeftijd:

…………………………………………..………………………………………………………………………………………………..

( \* ) Geloof of levensbeschouwing: …………………………………………………………….

( \* ) Interesses, hobby’s, sport: ………………………………………………………………..

Tijd die u hier aan besteed: per dag: ……………….

Per week:……………………….

( \* ) invullen indien u dat wenselijk acht het ons mede te delen

Huisarts: ………………………………………………………………………………………

Verzekering: …………………………………………………………………………………..

Met Praktijk Xing Fu by Naomi in contact gekomen via: ……………………………………………………….

Handtekening patiënt:

Bent u op dit moment onder behandeling bij huisarts/ specialist/

alternatief genezer e.d. ja/nee

Zo ja, bij wie en waarvoor:

Gebruikt u medicijnen, homeopathische middelen e.d. ja/nee

Zo ja, welke: ……………………………………………………………………………….

Lijdt u of heeft u weleens geleden aan:

allergische aandoeningen Ja/nee

hart- en vaatziekten zoals verhoogde bloeddruk, spataderen ja/ nee

beroerte Ja/nee

suikerziekte (diabetes) Ja/ nee

kwaadaardige aandoeningen zoals kanker of leukemie Ja/ nee

reuma, tuberculose Ja/ nee

geestelijke stoornissen, toevallen Ja/nee

iets wat van belang kan zijn voor dit onderzoek zoals

ziekenhuisopname, operaties, ongeval e.d. ja/ nee

Zo ja, wat (ook uw ziektegeschiedenis vermelden )

……………………………………………………………………………………….

Komt een of meerdere klachten van bovenstaand rijtje veel in de familie voor (graag ook aangeven van vaders- of moederskant) ………………………………………………………………………………………………

4. Gebruikt u alcohol ja/Nee

Zo ja: veel/ matig/ weinig/ wisselend

5. Rookt u Ja/nee

Zo ja: veel/ matig/ weinig/ wisselend

6. Doet u iets aan lichaamsbeweging of sport ja/ nee

Zo ja, wat:

……………………………………………………………………

7. Lijdt u aan vermoeidheid ja/nee

Zo ja,is er een bepaalde tijd van de dag wanneer dit het meest speelt

8. Heeft u wel eens een sport- of gezondheidskeuring ondergaan ja/ nee

Zo ja, hoe lang geleden: ………………………………………………………

9. Wilt u nog iets kwijt wat van belang kan zijn voor het onderzoek

…………………………………………………………………………………………….

Handtekening patiënt:

Andere (of hiervan afgeleide) klachten:

Onder behandeling van fysiotherapeut, art of specialist en/of ziekenhuisopname:

Medicijngebruik:

Pers. Ziektegeschiedenis:

Handtekening patiënt:

# **Onderstaand cliëntendossier: dient ingevuld te worden door de behandelaar**

## Behandelprincipe en adviezen

### Hoofdklachten:

### Waarnemingen Dorn Therapie ( gewrichten ) & Voetdiagnose

#### Beenlengte verschil:

#### Enkel

#### Voetreflex:

#### Knie:

#### Bekken:

#### Sacrum:

#### Lumbaal:

#### Thoracaal:

#### Cervicaal:

#### Schouder

#### Ellenboog

#### Pols

#### Sleutelbeen

#### Atlas/schedel

#### Beweging schedel en Cervicale wervels

### Waarnemingen acu-alarmpunten:

### Waarnemingen rug, voet TuiNa & voetreflex diagnose

Wervel:

Blaas acu-punt:

* Pathogeen:

Foto rug voor localiseren acu en reflex

Foto voet voor localiseren

## Aantekeningen sessie/behandeling

Hoeveelste therapie/behandel sessie is dit?

...................................................................................................................................................................

Datum en tijd van deze behandeling of sessie:

................................................................................................................................................................... Welke klacht(en) of hulpvraag(en) heeft de cliënt naar voren gebracht?

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Welke behandelvorm(en) of therapievorm(en) is(zijn) toegepast en welke zullen (hoogstwaarschijnlijk) worden toegepast? ...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Verdere aantekeningen van de CAT-therapeut: ...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Checklist:

1. Is er een vervolgafspraak gemaakt met de cliënt?

2. Indien de cliënt minderjarig is; is het CAT-minderjarigen toestemmingsformulier en de behandelovereenkomst ondertekend door de gezag dragende ouder(s) of voogd (voor minderjarigen moet dit elke sessie voor elke behandelvorm gebeuren?

3. Indien eerste sessie: is er een behandelplan opgesteld en is deze ingezien en ondertekend door de cliënt?

Is er tevens een behandelovereenkomst ondertekend door de cliënt? Bovenstaande punten dienen met 'ja' of 'niet van toepassing' te kunnen worden beantwoord. Indien dit niet zo is; wat is hiervoor de reden?

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Dit formulier is ingevuld door: Datum: