**Formulier Basisgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam |  |
| Voorletters |  |
| Voornaam |  |
| Geslacht | * Man
 | * Vrouw
 | * Anders
 | *Soort ID bewijs*\*:*ID nummer\*:* |
| Geboortedatum |  |
| Burger Service Nummer |  |
| Nationaliteit, moedertaal  |  |
| Straat |  |
| Postcode, plaats |  |
| Tel (thuis) |  |
| Tel (mobiel) |  |
| E-mailadres |  |
|  |  |
| Indien van toepassing:  | School / PSZ / KDV |  |
|  | Groep, leerkracht |  |
|  |  |  |
| Huisarts |  |
| Zorgverzekeraar  |  |
| Verzekeringsnummer  |  |
| Indien van toepassing | Verwijzer |  |
|  | Datum van verwijzing  |  |
|  |  |  |
| Klacht, hulpvraag | ……………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………. |
| Wat is de reden dat u voor onze praktijk heeft gekozen?  | ………………………………………………………………... |
| Hoe bent u aan onze praktijkgegevens gekomen?  | ………………………………………………………………... |
| Eerder logopedie | * Nee
 | * Ja, voor dezelfde / andere klacht

In de periode van ……………….. tot ……………….. |
| Behandelovereenkomst | * Ik heb de behandelovereenkomst gelezen.
 |
| Toestemming | * Ja, ik geef toestemming aan de logopedist om (na overleg) informatie op te vragen of door te geven aan de leerkracht, verwijzer en andere hulpverleners.
* Nee, ik geef geen toestemming aan de logopedist om informatie op te vragen of door te geven aan derden.
* Ik geef toestemming om het dossier voor leerdoeleinden te gebruiken (t.b.v. scholing of overleg om de kwaliteit van de zorg te bevorderen, zoals klanten-ervaringsonderzoek). De gegevens worden geanonimiseerd.
* Ik geef toestemming om beeld- en geluidopnamen te maken t.b.v. de logopedische behandeling.
 |

Ingevuld door: Handtekening:

Datum: