**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: