

Toestemmingsformulier Neuromusculaire Therapie.

<i>Cliëntgegevens</i>	
Achternaam	
Voorletters	
Roepnaam	
Adres	
Postcode + woonplaats	
Telefoonnummer(s)	
E-mail	
Geboortedatum	
Zorgverzekeraar	
Zorgverzekeringnummer	
BSN	

Toestemmingsverklaring,
 hierbij verklaart bovenstaande cliënt, (indien zelf cliënt)
 ouder(s)/verzorger(s) van _____, geboortedatum: _____

Toestemming te verlenen voor:
(Aankruisen wat van toepassing/akkoord is)

X	<i>Neuromusculaire therapie</i>
	Neuromusculair therapeutisch onderzoek;
	Toepassen van dry needling therapie wanneer de behandelend NMTN therapeut hiervoor bevoegd is;
	Verzenden van een behandelverslag aan de huisarts;
	Waarneming door een collega neuromusculaire therapeut tijdens afwezigheid van de behandelend therapeut;
	Gebruik van uw mailadres voor het toezenden van vragenlijsten;
	Uitwisselen van informatie huisarts/behandelend specialist ten behoeve van de behandeling.
X	<i>Visuele opnames</i>
	Maken van foto's en/of video opnames uitsluitend ten behoeve van de behandeling;
	Inzage van foto's en/of video opnames van de behandeling van andere zorgverleners;
	Gebruik van foto's/video opnames van de behandeling voor onderwijsdoeleinden;
	Gebruik van foto's/video opnames van de behandeling voor commerciële doeleinden.

In deze praktijk zijn de volgende voorwaarden opgesteld. Door het ondertekenen van dit formulier gaat u hiermee akkoord.

- U hebt de juiste informatie over eerdere behandeling(en) gegeven aan uw NMTN therapeut.
- U hebt de juiste informatie inzake uw verzekeringsgegevens gegeven aan uw NMTN therapeut.
- U hebt vooraf gaand aan het behandeltraject bij uw zorgverzekeraar uitgezocht hoe u verzekerd bent voor de behandelingen Neuromusculair Therapie.
- Bij geen of onvoldoende vergoeding door uw zorgverzekeraar gaat u akkoord met het (restant) betalen van de behandelingen volgens de geldende tarieven die uw behandelende NMTM therapeut hanteert.

- Behandeling(en) die niet vergoed worden door de zorgverzekeraar worden per behandeling contant door u afgerekend.
- U hebt recht op inzage van uw medisch dossier.

Dry needling

Toestemming te verlenen voor of
verklaring geven dat of
op de hoogte zijn van:

(Aankruisen wat van toepassing/akkoord is)

X	
	Toepassen van dry needling therapie door de behandelend NMTN therapeut die hiervoor bevoegd is (indien u hier geen toestemming voor geeft, hoeven de onderstaande vragen in deze tabel niet beantwoord te worden);
	Geen sprake is van zwangerschap;
	Geen antistolling medicatie (bloedverdunners) wordt gebruikt;
	Geen sprake is van bloedingsproblematiek;
	Voor zover bekend geen locale infecties aanwezig zijn;
	Geen pacemaker of hersenstimulator is aangebracht;
	Geen sprake is van huid- en/of metaal allergie;
	Geen gewricht vervangende implantaten of andere implantaten zijn aangebracht;
	Geen sprake is van kanker of kanker in de voorgeschiedenis;
	Dry needling therapie is een (para)medische behandeling d.m.v. het inbrengen van speciale, gesteriliseerde fijne naalden, op specifieke plaatsen in de spieren met als doel, het verlichten van pijn en verbeteren van de bewegelijkheid;
	Tijdens de dry needling behandeling kans is op het vrij komen van een druppeltje bloed;
	Tijdens of na de dry needling behandeling kans is op het ontstaan van een blauwe plek;
	Na de dry needling behandeling kunnen de volgende verschijnselen kortdurend optreden: pijn en ongemak op de behandelende plek/ vermoeidheid/ misselijkheid/ verergering van symptomen/ kleine bloeddrukschommeling (niet lage dan bloeddruk van 70/110);
	Na de dry needling behandeling kan infectie optreden (zeer zeldzaam);
	Bij klachten die u niet vertrouwt, altijd contact opneemt met de behandelende NMTN therapeut en/of uw (huis)arts.

Ik verklaar hierbij dat ik bovenstaande tekst heb begrepen en waar ik toestemming voor gegeven heb. De lijst heb ik naar waarheid ingevuld.

Ik ga akkoord met bovenstaande voorwaarden.

Datum:

Plaats:

Handtekening cliënt:

(of van ouder/verzorger
van minderjarige)