

Intakeformulier Neurofeedback

Naam: _____

Adres: _____

Geboortedatum: _____

Telefoonnummer: _____

E-mail: _____

Naam Huisarts: _____

Adres: _____

Medicatie: _____

NeuroSupport Groningen
Zorgcentrum Gabriël
Gabriëlstraat 6
9744 KC Groningen

NeuroSupport Friesland
Tramkwartier
Tramstraat 1-3
8913 CG Leeuwarden
Tel: **(050) - 551 51 51**
info@neurosupport.nl
www.neurosupport.nl

Zijn er diagnoses vastgesteld?

Nee: _____

Ja namelijk: _____

Bent u al eerder voor deze klachten behandeld?

Nee:

- Ja door: Huisarts
 Psycholoog
 Psychiater
 Fysiotherapeut
 Specialist
 Anders namelijk:

Behandelaar
Eric Sterken

BATC Licentienummer: 02712
AGB-code Zorgverlener: 90-040086
AGB-code Praktijk: 90-18389

KvK Groningen: 02098786
BTW nummer: 8179.68.878.B.01

Rabobank Groningen:
NL49RABO0132744449

Wat zijn de belangrijkste klachten op dit moment?

NeuroSupport Groningen
Zorgcentrum Gabriël
Gabriëlstraat 6
9744 KC Groningen

NeuroSupport Friesland
Tramkwartier
Tramstraat 1-3
8913 CG Leeuwarden
Tel: **(050) - 551 51 51**
info@neurosupport.nl
www.neurosupport.nl

Behandelaar
Eric Sterken

BATC Licentienummer: 02712
AGB-code Zorgverlener: 90-040086

AGB-code Praktijk: 90-18389

KvK Groningen: 02098786
BTW nummer: 8179.68.878.B.01

Rabobank Groningen:
NL49RABO0132744449

Hoe bent u bij deze praktijk gekomen?

- Via een familielid
- Voorlichtingsavond
- Advertentie
- Google
- Specialist
- Via social media, namelijk? _____
- 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 (gedeeltelijke) 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 vertegenwoordiger:

Naam: _____

Datum: _____

Handtekening: _____

