**Aanmeldformulier**

Datum:

Wij verzoeken u om dit formulier zorgvuldig te lezen, in te vullen en te ondertekenen. Graag meenemen naar de eerste afspraak. In dien u een online sessie heeft ingepland stuurt u het formulier minimaal vijf werkdagen vantevoren ingevuld en ondertekend op naar bovenstaand adres. Als u meer informatie wilt bel of stuur gerust een whatsapp bericht naar **0618049983**

**ALGEMENE GEGEVENS**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Voornaam |   |
| Adres |   |
| Postcode |  |
| Plaats |   |
| Geboortedatum |   |
| Geboorteplaats |  |
| Beroep |  |
|  |  |
| Telefoonnummer thuis |   |
|  |   |
| Mobiel nummer |   |
| E-mail adres  |  |
|  |   |
| Zorgverzekeraar |  |
| Aanvullende zorgverzekering ja/nee |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Huisarts** |  |
| Adres  |  |
| Postcode  |  |
| Plaats  |  |
| Telefoonnummer  |
| **Verwezen door**  |
| Indien verwijzer anders is dan huisarts: |

Uw huisarts en verwijzer worden op de hoogte gesteld van uw contact bij Kirazon. Indien u hieronder aangeeft dat dit niet wenselijk is, worden zij niet geïnformeerd.

Akkoord huisarts : ja / nee

Akkoord verwijzer : ja / nee

**OMSCHRIJVING KLACHTEN**

|  |
| --- |
|  |

 Heeft u eerdere ervaring met coaching/therapie/mindfulness? Zo ja, bij wie, wanneer en met welk resultaat?

|  |
| --- |
|  |

Heeft u momenteel, of in het verleden fysieke klachten (gehad)? Zo ja, welke?

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Gebruikt u momenteel medicatie? Zo ja, welke en sinds wanneer?

**HULPVRAAG**

Waar wilt u mee worden geholpen bij Kirazon?

|  |
| --- |
|  |

Hoe kwam u bij Kirazon terecht? (bijvoorbeeld viavia of Google, etc.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  |

**Ondertekening:**Met het zetten van mijn handtekening verklaar ik alle voorwaarden op de website van Kirazon te hebben gelezen en hiermee akkoord te gaan. Tevens verklaar ik door ondertekening van dit formulier alle gegevens naar waarheid te hebben ingevuld.Plaats:Datum:Handtekening: |  |  |
|  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |
|  |  |  |  |