

Behandelplan Complementaire Kwaliteitstherapeuten

In te vullen door de therapeut

Wordt ingezien en ondertekend door cliënt



Datum invullen huidig formulier:

Algemene gegevens cliënt

Naam, leeftijd en geslacht van de cliënt:

.....

Adres:.....

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Intake gesprek basis informatie

Datum en tijd van de eerste behandeling of sessie:.....

.....

Is er een intake-gesprek gehouden?

.....

Welke klacht(en) of hulpvraag(en) heeft de cliënt naar voren gebracht?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Indien de cliënt regelmatig contact heeft met een andere therapeut of arts, wat zijn de

contactgegevens van deze persoon of instantie?.....

.....

.....

Behandelplan Complementaire Kwaliteitstherapeuten

In te vullen door de therapeut

Wordt ingezien en ondertekend door cliënt



Is de huisarts of de andere therapeut zoals genoemd hierboven op de hoogte

dat de cliënt therapie volgt? Ja/Nee

Intake gesprek medische gegevens

Wat is het therapeutische verleden van de cliënt?

.....

.....

.....

.....

.....

Is er sprake van een diagnose die is gemaakt door een arts of therapeut in de reguliere zorg? Zo ja;

wat is deze?

.....

.....

.....

.....

.....

Gebruikt de cliënt medicijnen? Geef hieronder de details aan:

Medicijngebruik				
Naam	Sterkte	Dosering	Sinds	Reden

Behandelplan Complementaire Kwaliteitstherapeuten

In te vullen door de therapeut

Wordt ingezien en ondertekend door cliënt



Gebruikt de cliënt supplementen? Geef hieronder de details aan:

Supplementen				
Naam	Sterkte	Dosering	Sinds	Reden

Rookt of drinkt de cliënt? Zo ja; hoeveel per dag?

.....

.....

Gebruikt de cliënt drugs? Zo ja; welke en frequentie?

.....

.....

.....

Intake gesprek persoonlijke situatie

Thuis-/gezinssituatie van de cliënt:

.....

.....

.....

.....

Werksituatie van de cliënt:

.....

.....

.....

.....

Voorlopige inschatting komende sessies

Behandelplan Complementaire Kwaliteitstherapeuten

In te vullen door de therapeut

Wordt ingezien en ondertekend door cliënt



Hoe zullen de komende sessies verlopen en wat is de aard van de zorg?

Beschrijf in het kort het behandelplan en welke behandelvormen kunnen of zullen worden toegepast

en geef een schatting van het aantal sessies indien dit mogelijk is:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Verdere aantekeningen van de CAT-therapeut:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Checklist:

Behandelplan Complementaire Kwaliteitstherapeuten

In te vullen door de therapeut

Wordt ingezien en ondertekend door cliënt



1. Is een behandelovereenkomst zowel getekend door de therapeut als de cliënt en is de cliënt gewezen op de in dit document vermelde klachtenprocedure?
2. Heeft de cliënt een kopie van de behandelovereenkomst ontvangen?
3. Is de cliënt op de hoogte gesteld van huidig behandelplan en de door de therapeut gerekende tarieven?
4. Is de cliënt op de hoogte gesteld van eventuele producten die dienen te worden gebruikt of gekocht voor de gebruikte behandelvorm(en) of therapievorm(en) en de tarieven hiervan en de frequentie waarin dit gebruikt moet worden?
5. Is voor eventuele producten die zijn meegegeven of verkocht aan de cliënt een door het bestuur goedgekeurde gebruiksaanwijzing meegeleverd?
6. Is er een vervolgafspraak gemaakt met de cliënt?
7. Indien de cliënt minderjarig is; is het minderjarigen toestemmingsformulier en de behandelovereenkomst ondertekend door de gezagdragende ouder(s) of voogd?

Bovenstaande punten dienen met 'ja' of 'niet van toepassing' te kunnen worden beantwoord. Indien dit niet zo is; wat is hiervoor de reden?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Behandelplan Complementaire Kwaliteitstherapeuten

In te vullen door de therapeut

Wordt ingezien en ondertekend door cliënt



Dit formulier is ingevuld door:.....

Datum:.....

Handtekening therapeut

Cliënt gaat akkoord met huidig behandelplan

Handtekening cliënt