



# Intakeformulier

Graag de verklaring lezen en ondertekenen en alle vragen op blz. 2 en 3 invullen. Als er te weinig ruimte is, gebruik dan ook blz. 4. Alle gegeven informatie wordt strikt vertrouwelijk behandeld en niet met derden/arts/andere therapeut gedeeld, tenzij met je schriftelijke toestemming.

Voornaam:	.....	Beroep:	.....
Achternaam:	.....	Telefoon:	.....
Geslacht:	Man      Vrouw	Mobiel:	.....
Burgerlijke staat:	.....	E-mail:	.....
Geboortedatum:	.....	Zorgverzekeraar:	.....
Straat:	..... Nr.:.....	Uzovi-code:	.....
Postcode:	.....	Polisnummer:	.....
Woonplaats:	.....	Nee      Ja	Ik wil graag 1 à 2 x per jaar via e-mail de nieuwsbrief van Atlas Zone Therapie ontvangen met daarin de laatste ontwikkelingen op het gebied van atlascorrecties.

## Verklaring door ondergetekende(n) – geïnformeerde toestemming

Ik zal de vragen op blz. 2 en 3 naar beste weten invullen. Ik weet dat ik eventuele aanvullende informatie, ook over zaken die in deze vragen niet worden vermeld, mondeling kan geven. Ik heb de informatie over de Atlas Zone Therapie (AZT) gezien, gehoord en begrepen.

Ik besef dat de Atlas Zone Therapie geen vervanging is voor medische diagnoses of behandelingen en dat onderbreken, uitstellen of stoppen van voorgeschreven medische behandelingen niet noodzakelijk is om de Atlas Zone Therapie te kunnen ondergaan. De verantwoordelijkheid voor het al dan niet opvolgen van reeds lopende behandelingen en/of voorschriften en ook van deze behandeling ligt geheel bij mijzelf. Ik besef dat er geen sprake kan zijn van een resultaatsverplichting, maar weldegelijk een inspanningsverplichting van de behandelend therapeut

Ik heb de privacyverklaring, die op de website staat en in de praktijk aanwezig is, gelezen en ga hiermee akkoord.

Ik ben me ervan bewust dat niet elke zorgverzekering de Atlas Zone Therapie dekt; ik zal Atlas Zone Therapie/Praktijk drs. Wim van den Berg niet verantwoordelijk houden indien mijn verzekeraar niet vergoedt. Ik ga akkoord met de kosten en de betaling zoals beschreven op blz. 3 van dit formulier.

Ik verzoek therapeut      drs. Wim van den Berg      Jolanda Oosterwolde      om de Atlas Zone Therapie op mij toe te passen.

*Kinderen vanaf 12 jaar dienen ook zelf te ondertekenen.\**

*Bij kinderen tot 16 jaar tekenen beide ouders/wettelijk vertegenwoordigers.*

Datum:	.....	Naam ouder 1:	.....
Naam behandelde:	.....	Handtekening:	.....
Handtekening:	.....	Naam ouder 2:	.....
		Handtekening:	.....

\* Indien een meerderjarige cliënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen (handelingsonbekwaam), dan dient de persoon die daartoe door de cliënt schriftelijk is gemachtigd in zijn plaats op te treden. De door jou verstrekte gegevens worden conform de WGBB (BW 7.454 lid 3 en BW 7.455 lid 1) na 20 jaar vernietigd of eerder indien je daartoe een strekkend schriftelijk of elektronisch verzoek hebt ingediend.

**In te vullen door de therapeut:**

Getekend voor akkoord volgens VIV-reglement: .....



I:	/	/2025	W	J	II:	/	/2025	W	J	P	C	CC	€
----	---	-------	---	---	-----	---	-------	---	---	---	---	----	---



Heb je last van knarsetanden 's nachts?	nee	ja, sinds .....	
Heb je kaakpijn of last van de kaken?	nee	ja, sinds .....	
Hoe is de staat van je gebit?	goed	matig	slecht
Heb je regelmatig spijsverteringsklachten?	nee	ja	
Heb je last van misselijkheid en/of duizeligheid?	nee	ja	
Heb je concentratiestoornissen?	nee	ja	
Hoe is je geheugen?	goed	matig	slecht
Heb je last van oorsuizen (tinnitus)?	nee	ja	
Andere klachten en/of aandoeningen:	nee	ja	
.....			
Hoe is je bloeddruk?	goed	te hoog	te laag
Ondervind je ongemak bij gewoon lopen?	nee	ja	
Voel je je beperkt bij bepaalde handelingen overdag, of zijn er dagelijkse handelingen die je echt niet meer kunt doen?	nee	ja	
.....			
Heb je altijd wel ergens pijn?	nee	ja	
Hoeveel keer per jaar bezoek je je huisarts?	.....		
Ben je op dit moment onder behandeling van een specialist?	nee	ja	
Hoe is de kwaliteit van je slaap?	goed	matig	slecht
Hoeveel uren per nacht slaap je?	.....		
Slaap je bij voorkeur op de buik?	nee	ja	
Hoeveel doe je aan sport of beweging?	veel	weinig	regelmatig
Heb je al eens eerder een behandeling aan de atlas ondergaan?	nee	ja, bij:	
		..... in .....	

*Voor de diagnose is het goed om te weten of je Atlas al eerder is behandeld, met de Atlas Zone methode dan wel met een andere methode*

## Kosten en betaling

De kosten voor de Atlas Zone Therapie zijn: € 395 voor volwassenen, € 295 voor kinderen t/m 15 jaar, € 100,- voor een eventuele extra nacontrole. De behandeling vindt plaats in twee sessies; standaard wordt het volledige bedrag bij de eerste sessie betaald. Je kunt pinnen, contant of met creditcard betalen. Na de tweede sessie ontvang je twee nota's (een voor elke sessie) die je, indien van toepassing, kunt indienen bij je zorgverzekeraar. Behandeling in het weekend of 's avonds is eventueel mogelijk – vraag bij het maken van je afspraak naar mogelijkheden en prijzen.

Atlas Zone Therapie · Praktijk drs. Wim van den Berg · AGB 90057095  
www.atlaszone.nl · 06 426 796 38

Wim van den Berg · Foppenpolder 2 · 3155 EA Maasland · info@atlaszone.nl  
Jolanda Oosterwolde · Groene Hillendijk 348b · 3075 EC Rotterdam · jolanda@atlaszone.nl

Voor een evaluatie van je behandeling vragen wij je om een algemene waardering te geven voor je lichamelijk, geestelijk, en emotioneel welbevinden. Dit kun je doen door het hokje aan te vinken dat van toepassing is.

De eerste waardering, de zogeheten nulmeting, is NU voordat je de behandeling krijgt. De tussenmeting is ná de behandeling, voordat je naar huis gaat. De eind-evaluatie is bij terugkomst over een paar weken.

zeer slecht    slecht    onvoldoende    matig    redelijk    goed    uitstekend

Nu:

Na de behandeling:

Bij terugkomst:

Ruimte voor aanvullingen en opmerkingen: