



Rode Kruis
Vlaanderen

Attest therapeutische naaldbehandeling

Ik ondergetekende, verklaar hierbij

(1) dat ik acupunctuur/dry needling/myofasciale therapie/een andere therapeutische naaldbehandeling (te specificeren):

heb toegepast bij de heer/mevrouw:.....

geboren op:.....

op (datum van de therapeutische naaldbehandeling).

(2) dat ik aangesloten ben bij BAF/ABADIC/EUFOM/BMST/een certificaat heb van een opleiding gevolgd bij

(3) dat er gewerkt wordt volgens de geldende normen van een aseptische techniek met eenmalig gebruik van steriel wegwerpmateriaal.

(4) dat er geen producten werden geïnjecteerd.

Naam en voornaam therapeut:

Adres:

Telefoonnummer:.....

Erkenningsnummer:.....

Datum

Stempel en handtekening

