



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: o.a. huidontsmetting en eenmalig gebruik van steriel wegwerpmateriaal.

(4) dat er geen producten werden geïnjecteerd.

Naam en voornaam therapeut:

Adres:

Telefoonnummer:.....

Erkenningsnummer:.....

Datum

Stempel en handtekening

