

Behandelovereenkomst Praktijk Raymond de Haas.

Dit formulier dient door de cliënt en de therapeut ondertekend te worden. Een exemplaar van de behandelovereenkomst wordt door de therapeut in het dossier van de cliënt bewaard.

Zorgaanbieder

Praktijk: Raymond de Haas

Vestigingsplaats: Arnhem

Cliënt:

Naam: _____

Plaats: _____

Geboortedatum: _____

De cliënt gaat ermee akkoord dat na mondeling overleg eventueel informatie bij de (huis)arts, behandelend arts of therapeut wordt ingewonnen. Als overleg gewenst is worden de voorwaarden hiervoor schriftelijk vastgelegd door therapeut en ondertekend door cliënt.

Naam en adres huisarts

Naam en adres specialist / therapeut

Onderstaande informatie is te vinden op de website van: Raymond de Haas www.Praktijkraymonddehaas.nl en/of is in telefonisch contact of tijdens een (kennismakings)sessie mondeling besproken:

- De cliënt is op de hoogte van het tarief voor de behandeling en de behandelingsvoorwaarden.
- De cliënt is ervan op de hoogte dat voor kosteloos annuleren van een afspraak deze minstens 24 uur van tevoren afgezegd dient te worden. Bij niet tijdig afzeggen wordt de afspraak voor 75% doorberekend. Bij niet verschijnen op de afspraak zonder melding, wordt de afspraak voor 100% doorberekend. In dit geval kan de factuur niet gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar.
- De cliënt geeft toestemming om de factuur via e-mail als pdf te versturen.
- De cliënt is geïnformeerd over de behandelwijze en is hiermee akkoord.
- De cliënt en de therapeut hebben overeenstemming over het doel van de intake/behandeling en de cliënt is hiermee akkoord.
- De cliënt geeft toestemming voor de intake/behandeling en dossiervorming.
- De cliënt is op de hoogte van de beroepscode waar de therapeut aan is gehouden.
- De cliënt is op de hoogte van de klachtenprocedure.
- De cliënt is op de hoogte van de meldplicht van therapeut in verband met de meldcode huiselijk geweld.
- De cliënt is op de hoogte van de privacyverklaring waar de therapeut aan is gehouden.
- De therapeut is aanspreekbaar op de behandelwijze en het gevoerde beleid.

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening behandelaar

Handtekening cliënt
