

## **Behandelovereenkomst**

**Ondergetekende:**

**Voornaam:**..... **Achternaam:**.....

**Adres:**..... **Postcode/Plaats:**.....

**Telefoonnr:**..... **E-mail:**.....

**Geboortedatum:**.....

- De behandelovereenkomst wordt door beide partijen ondertekend en brengt voor beide partijen rechten en verplichtingen met zich mee, waarop zij aangesproken kunnen worden.
- De cliënt verklaart dat hij/zijn volledig is ingelicht over de mogelijkheden die Praktijk "Anne Marie Oude Remmerink" kan bieden, waarbij bekend is dat het te volgen traject binnen genoemde praktijk geen vervanging is van uw reguliere behandelingen.
- De cliënt is geïnformeerd over het vastleggen van de persoonsgegevens in de behandelovereenkomst en cliëntendossier.
- De cliënt heeft recht op inzage in het eigen dossier.
- Praktijk "Anne Marie Oude Remmerink" verklaart dat zonder toestemming van cliënt, geen gegevens aan anderen dan de cliënt worden verstrekt.
- De cliënt verplicht zich een afspraak tijdig (minimaal 24 uur van te voren) af te zeggen, anders kunnen de kosten van de gereserveerde tijd in rekening worden gebracht.
- Beëindiging van de behandeling kan te allen tijde met wederzijds goedvinden geschieden.
- Cliënt verklaart bekend te zijn met de kosten voor de behandelingen, zijnde € 38,- voor de intake i.c.m. consult (60 minuten), € 38,- voor een vervolg consult ( 30 minuten).
- De factuur zal in de praktijk overhandigd worden.

### **Wkkgz**

Praktijk "Anne Marie Oude Remmerink" is aangesloten bij de VBAG, RBCZ geregistreerd en voldoet aan de wkkgz plicht betreffende de waarneming overeenkomst en dossier bewaarplicht van 20 jaar. Binnen deze wet is vastgelegd dat hulpverlener een klachtenfunctionaris (Quasir) moet aanstellen en is aangesloten bij een door de overheid erkende geschillencommissie (Zorggeschil).

### **Privacy**

*\*Doorstrepen wat NIET van toepassing is:*

De cliënt is geïnformeerd over het vastleggen van zijn of haar persoonsgegevens in de behandelovereenkomst en cliëntendossier en geeft hier **wel / niet\*** toestemming voor.

- Ik ga akkoord met bovengenoemde en met de Privacyverklaring van Praktijk "Anne Marie Oude Remmerink".

**Aldus naar waarheid ingevuld:**

Datum:..... Plaats:.....

Handtekening cliënt:

Handtekening therapeut:

.....