

BEHANDELOVEREENKOMST

IN HET KADER VAN DE WET GENEESKUNDIGE BEHANDELINGSOVEREENKOMST (WGBO)

Dit formulier dient vooraf aan de behandeling na invulling door zowel de cliënt als de therapeut aan de achterzijde te worden ondertekend. Een exemplaar is voor de cliënt. De therapeut dient een exemplaar in het dossier van zijn cliënt op te bergen.

Op 1 april 1995 is de wet WGBO in werking getreden. Deze wet versterkt de positie van de cliënt ten opzichte van artsen, verloskundigen, paramedici en andere hulpverleners. In de wet WGBO is onder meer geregeld: recht op informatie, toestemmingsvereiste voor de behandeling, de plicht om een cliëntendossier aan te leggen, recht op inzage in dit dossier, geheimhouding van cliëntengegevens.

Alle therapeuten, aangesloten bij de beroepsvereniging NVPA en LVPW zijn verplicht zich te houden aan de richtlijnen van de Beroepscode. Mocht u onverhoopt klachten hebben, kunt u zich voor het klachtrecht wenden tot de beroepsvereniging (www.nvpa.org.nl), en voor het tuchtrecht van RBCZ, stichting TCZ Tuchtrecht Beroepsbeoefenaren Complementaire Zorg (www.tcz.nu).

- De cliënt stelt het wel niet op prijs dat informatie vooraf bij de huisarts, specialist of collegatherapeut wordt ingewonnen.
 Anders, namelijk:
- De cliënt stelt het wel niet op prijs dat gedurende de behandeling of achteraf verslag wordt gedaan aan de huisarts en / of collega-verwijzer.
 Anders, namelijk:
 Naam en adres huisarts:
 telefoon huisarts:
- De cliënt gaat akkoord met de tariefstelling van € 90,00.....,- (euro) voor het eerste consult met intakegesprek en met het bedrag van € 90,00.....,- per sessie hierop volgend. Te voldoen: Pin Afzeggen van de afspraak dient minstens 2 werkdagen van te voren geschieden. Indien dit niet gebeurt, wordt de sessie in rekening gebracht.

Achternaam van de cliënt:

Voornamen: roepnaam:

Geslacht: man vrouw

Geboortedatum:/...../..... geboren te:

Burgerlijke staat: beroep:

BSN

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoon: thuis: werkplek:

mobiel

E- mail:

1. Wat is uw hulpvraag en/of met welke klachten gaat u de behandeling aan?

2. Wat is het doel van de therapie?

3. Indien er sprake is van een fysieke klacht, hoe lang heeft u deze klacht? nvt
 Sinds (datum):
4. Welke artsen heeft u geraadpleegd? nvt
 Dr. huisarts te
 Dr. specialist te
5. Indien bekend: wat is de diagnose die de huisarts / specialist heeft gesteld? nvt

6. Wat zijn de adviezen van uw huisarts / specialist ivm uw hulpvraag of klacht waarmee u komt?
 nvt

7. Wat is het resultaat van de gevolgde behandelingen tot nu toe? nvt

8. Bent u momenteel onder medische- psychologische- psychiatrische behandeling ?
 nee
9. Welke alternatieve / additieve therapieën heeft u voor deze klacht(en) naast de reguliere
 gevolgd? nvt

10. Gebruikt u medicijnen, ja nee Zo ja welke:
11. Opmerkingen / nadere informatie (eventueel onder vermelding bijlagen):

Indien van toepassing

11. Heeft u er bezwaar tegen dat uw e-mailadres voor het cliënttevredenheidonderzoek wordt doorgegeven aan de beroepsvereniging waarbij de therapeut is aangesloten? Ja Nee
 U weet dat u dan na afloop van de therapie een e-mail krijgt met de vraag of u de online-vragenlijst wilt invullen. Dit is volstrekt anoniem en het adres wordt alleen gebruikt voor het onderzoek.

Alle eventuele, nadelige gevolgen voortvloeiende uit het achterhouden van informatie aanwezig in het medisch dossier bij de huisarts, zijn voor verantwoordelijkheid en rekening van de cliënt.

Datum: Plaats:.....

Handtekening therapeut

Handtekening cliënt

Naam therapeut: Truus Hoving Persoonlijk AGB-code 90-039745
Praktijk AGB-code 90-18199 RBCZ registratienr.401027R

Zorgverlener AGB-code: 90-039745
Praktijk AGB-code: 90-18199
Licentiecode RBCZ: 401027R
Lidnummer NVPA: 101043
Lidnummer LVPW: 334