



BEHANDELINGSOVEREENKOMST

Model conform de WGBO-normen

Achternaam cliënt:
(Indien van toepassing: ook meisjesnaam vermelden)

Initialen: Roepnaam:.....

Adres:

Postcode : Woonplaats:

Telefoon: Burgerlijke staat:

Emailadres:

Geboortedatum: Geslacht: Man Vrouw

Beroep:

Naam huisarts: Telefoon:

-
- Heeft u kennis genomen en gaat U akkoord met de privacy afspraken (zie bijlage) beschreven: Ja Neen
 - Geeft U toestemming om informatie in te winnen bij de huisarts, collega therapeut en/of verwijzer: Ja Neen
 - Geeft U toestemming om na afloop van de behandeling de huisarts en/of verwijzer te informeren: Ja Neen
 - Gaat U akkoord met de tariefstelling van € 110,= (incl. BTW) voor een individueel consult en € 170,= (excl. BTW) voor een gezamenlijk consult (indien van toepassing) die u per bank betaalt na ontvangst van een factuur: Ja Neen
 - Heeft u kennis genomen en gaat U akkoord met de betalingsvoorwaarden (zie bijlage II) Ja Neen

Aard van de problematiek

1. Wat is uw hulpvraag ?

.....
.....

2. Heeft U ook klachten (fysiek / emotioneel) ? Ja Neen

Zo ja, welke is/zijn dat:

Sinds wanneer heeft U last van deze klacht(en)?

3 A. Welke artsen heeft U geraadpleegd ? Huisarts Specialist Psychiater

3 B. Heeft U ook (een) andere hulpverlener(s) geraadpleegd ? Ja Neen

Zo ja, (wie) welke ? :

3 C. Is er een diagnose gesteld ? Ja Neen

Zo ja, door wie ? Huisarts Specialist Psychiater Hulpverlener
Welke diagnose is er gesteld ?

.....

4 A. Bent U al eerder in behandeling geweest voor dit probleem? Ja Neen

Zo ja, bij wie ? :

.....

4 B. Wat is het resultaat van de gevolgde behandelingen tot nu toe ?

.....

4 C. Bent U momenteel onder medische / psychologische / psychiatrische behandeling ?

Ja Neen

Zo ja, bij wie ? :

4 D. Gebruikt U medicijnen ? Ja Neen

Zo ja, welke ?

Voorgeschreven door: Huisarts Specialist Psychiater

5. Welk behandeldoel heeft de behandeling ?

.....
.....

Nadere informatie die van belang kan zijn voor de behandeling:

.....
.....

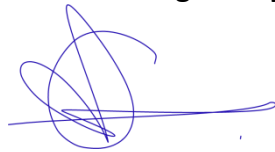
Alle eventuele, nadelige gevolgen die voortvloeien uit het achterhouden van informatie, aanwezig in het medisch dossier van de huisarts, zijn voor verantwoordelijkheid van de cliënt(e). De betalingsvoorwaarden op pagina 4 behoren standaard bij deze behandelovereenkomst!

Datum: Plaats:

Naam therapeut(e): [Gerda Vink-Lips / Praktijk de Verdieping](#)

NVPA-Registratienummer: [100802](#)

Handtekening therapeut



Handtekening cliënt

Bijlage I Privacy afspraken

UW PRIVACY IS BELANGRIJK

Voor een goede behandeling is het noodzakelijk dat ik, als uw behandelende therapeut, een dossier aanleg. Dit is ook een wettelijke plicht opgelegd door de WGBO. Uw dossier bevat aantekeningen over uw gezondheidstoestand en gegevens over de uitgevoerde sessies.

Ook worden in het dossier gegevens opgenomen die voor uw behandeling noodzakelijk zijn en die ik, na uw expliciete toestemming, heb opgevraagd bij een andere zorgverlener bijvoorbeeld bij de huisarts. U heeft de plicht om die informatie te verstrekken die redelijkerwijs voor de uitvoering van behandeling nodig is. De wijze van verstrekken (mondeling, e-mail, bijlage bij mail) is aan U.

Ik doe mijn best om uw privacy te waarborgen. Dit betekent onder meer dat ik:

- zorgvuldig omga met uw persoonlijke en medische gegevens,
- er voor zorg dat onbevoegden geen toegang hebben tot uw gegevens.

Als uw behandelende therapeut heb ik als enige toegang tot de gegevens in uw dossier. Ik heb een wettelijke geheimhoudingsplicht (beroepsgeheim).
Praktijk de Verdieping houdt zich aan de AVG.

De gegevens uit uw dossier worden voor de volgende doelen gebruikt:

- Om andere zorgverleners te informeren, bijvoorbeeld als de therapie is afgerond of bij een overdracht of verwijzing naar een andere behandelaar. Dit gebeurt alleen met uw expliciete toestemming.
- Voor het geanonimiseerde gebruik tijdens intercollegiale toetsing.
- Uw persoonsgegevens zoals vermeld op de factuur worden gebruikt voor de financiële administratie.

Als ik vanwege een andere reden gebruik wil maken van uw gegevens, dan zal ik u eerst informeren en expliciet uw toestemming vragen.

Voor het maken van afspraken en versturen van nota's maak ik gebruik van een algemeen e-mailadres. De wijze van versturen van persoonlijke informatie gebeurt in onderling overleg. U bent zelf verantwoordelijk voor hetgeen u mailt.

Deze gegevens in het cliëntendossier blijven zoals in de wet op de behandelovereenkomst wordt vereist 20 jaar bewaard.

PRIVACY OP DE ZORGNOTA

Op de zorgnota die u ontvangt staan de gegevens die door de zorgverzekeraar gevraagd worden, zodat u deze nota kan declareren bij uw zorgverzekeraar.

- Uw naam, adres en woonplaats
- uw geboortedatum
- de datum van de behandeling
- een korte omschrijving van de behandeling, zoals 'psychosociaal consult' of relatietherapie
- de kosten van het consult

Bijlage II

BETALINGSVOORWAARDEN VAN DEZE BEHANDELINGSOVEREENKOMST

Artikel 1

Alle bepalingen van de wet WBGO (boek 7, titel 7, afdeling 5 BW, behalve in het BW te vinden in de Staatscourant nr 837 van 1994) zijn van toepassing op deze behandelingsovereenkomst.

Artikel 2

Een afspraak met een NVPA- therapeut dient, bij verhindering door de cliënt, 24 uur vóór de tijd van de afspraak te worden afgezegd. In geval van niet tijdige afzegging of niet-afzegging wordt het consult in rekening gebracht.

Artikel 3

De door de therapeut toegezonden factuur behoort binnen dertig dagen na datum betaald te zijn.

Artikel 4

Bij niet betaling binnen dertig dagen is de cliënt in verzuim en mag de therapeut zonder nadere ingebrekestelling 1% rente per maand in rekening brengen.

Artikel 5

Voor het treffen van maatregelen overeenkomstig artikel 4 ter betaling geldt onverkort, dat dit te goeder trouw en in redelijkheid en billijkheid moet geschieden. Overmacht aan de kant van de cliënt moet ten allen tijde met de therapeut besproken kunnen worden. De schade aan het hulpverleningsproces door niet-betaling dient zoveel als mogelijk door therapeut en cliënt begrensd te worden.