Behandelovereenkomst

*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 Cliënt**

Naam: *Anita van Raak*  Naam: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Adres: *Groesbeekseweg 227A* Adres: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Vestigingsplaats*: 6523 NW Nijmegen*  Plaats: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

 Geboortedatum: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

BSN (Burger Service Nummer): \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

* De cliënt is op de hoogte van het tarief voor de behandeling en de betalingsvoorwaarden.
* De cliënt is geïnformeerd over de behandelwijze en is hiermee akkoord.
* De cliënt en de therapeut hebben overeenstemming over het doel van de behandeling en de cliënt is hiermee akkoord.
* De cliënt geeft toestemming voor de behandeling.
* 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 therapeut is aanspreekbaar op de behandelwijze en het gevoerde beleid.
* Informatie aan derden wordt uitsluitend verstrekt met uw schriftelijke toestemming. Als u mij verzoekt om bijvoorbeeld contact te hebben met uw huisarts, specialist, bedrijfsarts of andere behandelaar dan zal ik u vragen hier een formulier voor te tekenen. Dit formulier wordt bewaard in het papieren dossier.
* Op mijn website kunt u het privacybeleid van Haptotherapie Nijmegen inzien.

Ja/Nee: Wanneer de cliënt specifiek verwezen is naar mij/de zorgaanbieder door een (huis)arts of behandelend specialist gaat de cliënt ermee akkoord dat achteraf verslag wordt gedaan aan die (huis)arts of behandelend specialist.

Naam en adres (huis)arts/behandelend specialist:

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

datum: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ plaats: *\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_*

Handtekening behandelaar Handtekening cliënt

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_