

Behandelovereenkomst



Datum	Naam Hulpverlener: Diana Kaners NFG registratienr: 90055917	
Informatie over cliënt		
Voornaam kind	Geboortenamen (voorletters)	Geboortedatum
Achternaam kind	Naam beide ouders	Naam broers/zussen
Adres	Postcode	Plaats
Naam school	Groep of klas	Interesses kind / sport
Gezinssamenstelling	Emailadres ouders	Telefoonnummer ouders
Naam huisarts	Gebruikt uw kind medicijnen: Ja/nee	Naam zorgverzekering en relatienr!!
Heeft uw kind eerder alternatieve behandeling gevolgd? Of medische/psychologische behandeling		Vergoeding van de zorgverzekering? Ja/nee
1^e afspraak of is uw kind al vaker geweest (doorstrepen)		Via wie bij mij gekomen?

De cliënt is geïnformeerd over het vastleggen van zijn persoonsgegevens in de behandelovereenkomst en cliëntendossier. Uw gegevens worden zorgvuldig bewaard. De cliënt geeft wel/niet* toestemming hiervoor.

Handtekening hulpverlener:

Handtekening ouder:

Informatie over cliënt

Wat is de reden van aanmelding van uw kind?

Hoe lang speelt dit al?

Ervaart uw kind hetzelfde probleem?

Wat zou uw kind graag willen veranderen?

Hoe zou u het karakter van uw kind omschrijven?

Herkent u vader/moeder in het kind? Zo ja, wat herkent u?

Hoe gaat uw kind om met leeftijdsgenootjes?

Zijn er bijzonderheden, problemen of complicaties rondom de zwangerschap, geboorte of eerste maanden geweest?

Hebben er in het leven van uw kind ingrijpende gebeurtenissen plaatsgevonden? (bv verhuizing, overlijdens, scheiding, ongeluk, ziekte etc etc)

Zijn er voor u als ouder ingrijpende gebeurtenissen geweest die uw kind vanaf de zijlijn heeft meegemaakt?

Wat zou er kunnen gebeuren als uw kind deze hulp niet krijgt?

Hoeveel sessies schat u in als ouder die nodig zijn?

Hierbij verklaren wij op(datum) dat we als ouders toestemming geven aan Diana Kanters om begeleiding te starten voor onze zoon/dochter : (naam kind).

Handtekening vader : Handtekening moeder :

Handtekening kind (alleen wanneer uw kind 12 jaar of ouder is :

De gegevens van uw kind worden zorgvuldig bewaard. Met uw handtekening, gaat u akkoord met het delen van de bovenstaande informatie met Praktijk Quality Living. De gegevens van u en uw kind worden niet met derden gedeeld en uitsluitend gebruikt voor factuur en eigen dossier.

Wij ouders en/of verzorgers stemmen ermee in dat de behandeling zonder onze aanwezigheid plaatsvindt :

Handtekening ouder :

Algemene betalingsvoorwaarden van de Nederlandse Federatie Gezondheidszorg

- I. Deze betalingsvoorwaarden zijn van toepassing op alle behandelovereenkomsten tussen de hulpverlener en de cliënt volgens voorwaarden van de aangesloten beroepsvereniging NFG en koepelorganisatie RBCZ.
- II. Afspraken dienen uiterlijk 24 uur voor het tijdstip van de afspraak geannuleerd worden. Bij niet tijdig annuleren, is de hulpverlener gerechtigd de gereserveerde tijd naar alle redelijkheid en billijkheid aan de cliënt in rekening te brengen. Praktijk Quality Living brengt bij het annuleren zonder gegronde reden binnen 24 uur 50% van het consultbedrag in rekening.
- III. De door de hulpverlener aan de cliënt gedeclareerde kosten voor de behandeling, dienen binnen 2 weken na datum van de factuur te zijn betaald. U ontvangt hiervoor een betalingsverzoek om het betalingsproces simpeler te laten verlopen. Dit om administratietijd te verminderen.
- IV. Indien de cliënt het verschuldigde bedrag niet binnen 14 dagen heeft voldaan, zal Praktijk Quality Living een betalingsherinnering sturen die binnen 5 werkdagen betaald dient te zijn. Bij het niet betalen van de betalingsherinnering binnen 30 dagen na factuurdatum is de cliënt in verzuim zonder dat daartoe een nadere ingebrekestelling is vereist en brengt Praktijk Quality Living elke week extra 5% inningskosten in rekening. Bij het niet voldoen aan deze verplichting inclusief inningskosten binnen 60 dagen, is Praktijk Quality Living gerechtigd incassomaatregelen te treffen, dan wel dit door derden te laten uitvoeren. Alle kosten die verband houden met deze vordering komen voor rekening van de cliënt.
- V. Bij een betalingsachterstand is de hulpverlener gerechtigd – tenzij de behandeling zich hiertegen verzet – verdere behandeling op te schorten totdat de cliënt aan de betalingsverplichting heeft voldaan.
- VI. Door aansluiting als registertherapeut voldoe ik aan alle eisen en worden consulten (deels) vergoed door de zorgverzekeraar. Op mijn site kunt de gegevens vinden van alle zorgverzekeraars en diens vergoedingen.
- VII. Wanneer u als opdrachtgever ontevreden bent over de therapeut en het lukt niet om dit samen op te lossen dan kunt u een klacht indienen. Praktijk Quality Living is aangesloten bij Quasir, middels de beroepsvereniging NFG (de Nederlandse Federatie Gezondheidszorg), waardoor u als opdrachtgever, kunt rekenen op zorgvuldige en deskundige begeleiding bij uw klacht. De Praktijk voldoet hiermee aan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en draagt bij aan de kwaliteit van zorg.

Opdrachtgever is gehouden om klachten over de verrichte werkzaamheden uiterlijk binnen 30 dagen na ontdekking, maar in ieder geval binnen 60 dagen na voltooiing van de betreffende werkzaamheden schriftelijk te melden aan Praktijk Quality Living. Bij gebreke, waarna het recht van opdrachtgever, om te stellen dat de werkzaamheden niet aan de behandelovereenkomst beantwoorden, vervalt de aanklacht.

Gehanteerde tarieven :

Intake consult kinderen	:	75 euro
Consult 45 min tarief	:	60 euro
Access bars kinderen	:	54 euro
Mindfulness kinderen	:	54 euro
Kort consult (of telefonisch 30 min)	:	40 euro

Te voldoen contant, middels betalingsverzoek of zelf overmaken van de factuur tenminste binnen 3 werkdagen.

Indien nodig en altijd in overleg

De cliënt stelt het wel / niet* op prijs dat informatie vooraf bij de huisarts, specialist of collega-hulpverlener wordt ingewonnen.

Anders, nl:

Indien nodig en altijd in overleg

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, nl:

Wet WGBO is van kracht waardoor de client recht heeft op informatie en inzage dossier. Alle eventuele, nadelige gevolgen voortvloeiende uit het achterhouden van informatie in het medisch dossier bij de huisarts, zijn voor verantwoordelijkheid en rekening van de cliënt c.q. ouder(s) en/of verzorgers.

Plaats en datum:

Handtekening hulpverlener:

handtekening cliënt : (graag uw handtekening)