Behandelovereenkomst Praktijk Michael Ris

*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**

Praktijk Michael Ris Naam:   
Michael Ris Adres:  
Vincent Komen Postcode en plaats:  
Amsterdam / Naarden Geboortedatum:  
 BSN:

* De cliënt gaat na mondeling overleg akkoord dat eventueel informatie bij de (huis)arts, behandeld specialist of therapeut wordt ingewonnen.

Naam en adres huisarts Naam en adres specialist of therapeut

-------------------- --------------------

-------------------- --------------------

* De cliënt gaat ermee akkoord dat gedurende de behandeling of achteraf verslag wordt gedaan aan de (huis)arts, behandelend specialist of therapeut.
* 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.

datum: -------------------- plaats: ------------------

Handtekening behandelaar Handtekening cliënt

------------------------------------ --------------------------