

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

Praktijk Michael Ris
Michael Ris
Vincent Komen
Amsterdam / Naarden

Cliënt

Naam:
Adres:
Postcode en plaats:
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
