

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

Yarah Peeters

Kronenburgersingel 225

6511 AR Nijmegen

Cliënt

Naam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Plaats: _____

Geboortedatum: _____

Telefoon: _____

E-mail: _____

Verzekering: _____

Aanvullend verzekerd: Ja / Nee

Verzekeringsnummer: _____

Huisarts

Naam: _____

Adres: _____

Postcode/Plaats: _____

- De cliënt gaat akkoord dat na overleg relevante informatie bij de huisarts, specialist of therapeut wordt ingewonnen.
- De cliënt gaat ermee akkoord dat na overleg gedurende de behandeling of achteraf verslag wordt gedaan aan de huisarts, 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.

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening haptotherapeute

Handtekening cliënt
