

BEHANDELINGSOVEREENKOMST

Model conform de WGBO-normen

Achternaam cliënt(e):
(Indien van toepassing: gaarne ook meisjesnaam vermelden)

Voorn(a)am(en): Roepnaam:.....

Adres:

Postcode : Woonplaats:

Telefoon: Burgerlijke staat:

Emailadres:

Geboortedatum: Geslacht: Man Vrouw

Beroep: Werkadres:

Naam huisarts: Telefoon:

Relatienummer: (Nummer zorgverzekeraar)

Geeft U toestemming om (indien nodig en in overleg) informatie in te winnen bij de huisarts en/of verwijzer:

Ja Neen

Geeft U toestemming om (indien nodig en in overleg) na afloop van de behandeling de huisarts en/of verwijzer te informeren:

Ja Neen

Gaat U akkoord met de tariefstelling van € 107,50 per consult (geldt ook voor intake). Dit is € 86,- per uur.

Ja Neen

U betaalt de consulten: contant per bank (na ontvangst van een factuur)

Er zijn in principe consulten afgesproken

Heeft U de NVPA-meting ingevuld? Ja Neen
Zie www.nvpameting.nl

Aard van de problematiek

1.

Wat is uw hulpvraag en behandeldoel ?

.....
.....

2.

Heeft U ook klachten (fysiek / emotioneel) ? Ja Neen

Zo ja, welke is/zijn dat:

Sinds wanneer heeft U last van deze klacht(en)?

3 A.

Welke artsen heeft U geraadpleegd ? Huisarts Specialist Psychiater

3 B.

Heeft U ook (een) andere hulpverlener(s) geraadpleegd ? Ja Neen

Zo ja, (wie) welke ? :

3 C.

Is er een diagnose gesteld ? Ja Neen

Zo ja, door wie ? Huisarts Specialist Psychiater
 Hulpverlener

Welke diagnose is er gesteld ?

.....

4 A. Bent U al eerder in behandeling geweest voor dit probleem?

Ja Neen

Zo ja, bij wie ? :

.....

4. B.

Wat is het resultaat van de gevolgde behandelingen tot nu toe ?

.....

4 C.

Bent U momenteel onder medische / psychologische / psychiatrische behandeling ?

Ja Neen

Zo ja, bij wie ? :

4 D.

Gebruikt U medicijnen ?

Ja Neen

Zo ja, welke ?

Voorgeschreven door: Huisarts Specialist Psychiater

5.

Nadere informatie die van belang kan zijn voor de behandeling:

.....
.....

Alle eventuele, nadelige gevolgen die voortvloeien uit het achterhouden van informatie, aanwezig in het medisch dossier van de huisarts, zijn voor verantwoordelijkheid van de cliënt(e).

De betalingsvoorwaarden op pagina 4 behoren standaard bij deze behandelovereenkomst.

Datum: Plaats:

Naam therapeute: Carla Trappenburg
NVPA-Registratienummer: 100787

Handtekening therapeute

Handtekening cliënt(e)

(bij minderjarigheid één der ouders of voogd)

BETALINGSVOORWAARDEN VAN DEZE BEHANDELINGSOVEREENKOMST

Artikel 1

Alle bepalingen van de wet WBGO (boek 7, titel 7, afdeling 5 BW, behalve in het BW te vinden in de Staatscourant nr 837 van 1994) zijn van toepassing op deze behandelingsovereenkomst.

Artikel 2

Een afspraak met een NVPA- therapeut dient, bij verhindering door de cliënt, 24 uur vóór de tijd van de afspraak te worden afgezegd.

In geval van niet tijdige afzegging of niet-afzegging wordt het consult in rekening gebracht.

Artikel 3

De door de therapeut toegezonden factuur behoort binnen dertig dagen na datum betaald te zijn.

Artikel 4

Bij niet betaling binnen dertig dagen is de cliënt in verzuim en mag de therapeut zonder nadere ingebrekestelling 1% rente per maand in rekening brengen.

Artikel 5

Na dertig dagen is de therapeut gerechtigd een betalingsherinnering te sturen, waarvoor € 5,- in rekening gebracht mag worden.

Artikel 6

Is binnen 14 dagen na het sturen van de betalingsherinnering de rekening nog niet voldaan dan is de therapeut gerechtigd een incassomaatregel te treffen. De kosten van de incassomaatregel komen voor rekening van de cliënt.

Artikel 7

Voor het treffen van maatregelen overeenkomstig de artikelen 4, 5 en 6 ter betaling geldt onverkort, dat dit te goeder trouw en in redelijkheid en billijkheid moet geschieden.

Overmacht aan de kant van de cliënt moet ten allen tijde met de therapeut besproken kunnen worden.

De schade aan het hulpverleningsproces door niet-betaling dient zoveel als mogelijk door therapeut en cliënt begrensd te worden.

Deze regeling behoort bij de standaard-behandelingsovereenkomst