

**Behandelovereenkomst
Kind en jeugd psychomotorische therapie**

Gegevens therapeut

Naam therapeut: Romy Wijers
AGB-code praktijk: 90061950
AGB-code zorgverlener: 90102508
Beroepsvereniging(en): FVB & NFG
Adres: Witteweg 30
Postcode en plaats: 6587 AK Middelaar
Telefoon: 0634002375
E-mail: romywijers-pmt@outlook.com

Gegevens kind

Naam:
Adres:
Postcode en plaats:
Geboortedatum:

Naam ouders/verzorgers/voogd*:

ouder/verzorger/voogd

ouder/verzorger/voogd

Naam:
Adres:
Postcode en plaats:
Telefoon:
E-mail:

* = doorhalen wat niet van toepassing is

Eventueel nadere informatie i.v.m. de gezinssamenstelling (gescheiden, overleden partner, nieuwe partner en andere relevante informatie):

.....
.....
.....

Hulpvraag client/ouders:

.....
.....
.....

Doelstelling therapie:

.....
.....
.....

De ouders/verzorgers/voogd verklaren de informatie over de psychomotorische therapie behandeling voor hen kind te hebben gehoord en begrepen en de volgende informatie te hebben gelezen en hiermee akkoord te gaan;

Privacy voorwaarden:

Voor een goede behandeling is het noodzakelijk dat ik, als uw behandelende therapeut, een dossier aanleg. Dit is ook een wettelijke plicht opgelegd door de WGBO. Uw dossier bevat aantekeningen over uw gezondheidstoestand en gegevens over de uitgevoerde onderzoeken en behandelingen.

Ook worden in het dossier gegevens opgenomen die voor uw behandeling noodzakelijk zijn en die ik, na uw expliciete toestemming, heb opgevraagd bij een andere zorgverlener bijvoorbeeld bij de huisarts.

Ik doe mijn best om uw privacy te waarborgen. Dit betekent onder meer dat ik:

- zorgvuldig omga met uw persoonlijke en medische gegevens;
- ervoor zorg dat onbevoegden geen toegang hebben tot uw gegevens.

Als uw behandelende therapeut heb ik als enige toegang tot de gegevens in uw dossier. Ik heb een wettelijke geheimhoudingsplicht (beroepsgeheim).

De gegevens uit uw dossier kunnen ook nog voor de volgende doelen gebruikt worden:

- Om andere zorgverleners te informeren, bijvoorbeeld als de therapie is afgerond of bij een verwijzing naar een andere behandelaar. Dit gebeurt alleen met uw explicite toestemming.
- Voor het gebruik voor waarneming, tijdens mijn afwezigheid.
- Voor het geanonimiseerde gebruik tijdens intercollegiale toetsing (supervisie/intervisie).
- Een klein deel van de gegevens uit uw dossier wordt gebruikt voor de financiële administratie, zodat ik of mijn administrateur, een factuur kan opstellen.

Als ik vanwege een andere reden gebruik wil maken van uw gegevens, dan zal ik u eerst informeren en expliciet uw toestemming vragen.

Deze gegevens in het cliëntendossier blijven zoals in de wet op de behandelovereenkomst wordt vereist 15 jaar bewaard.

PRIVACY OP DE FACTUUR

Op de factuur die u ontvangt staan de gegevens die door de zorgverzekeraar, gemeente of Sociale Verzekeringsbank gevraagd worden, zodat u deze factuur kan declareren.

- Uw naam, adres en woonplaats
- Uw geboortedatum
- Uw BSN of SVB klantnummer (indien wettelijk verplicht)
- De datum van de behandeling
- Een korte omschrijving van de behandeling zoals voorgeschreven door de zorgverzekeraar, gemeente of Sociale Verzekeringsbank en indien van toepassing de bijbehorende prestatiecode. Bijvoorbeeld 'behandeling vaktherapie', intake of evaluatiegesprek etc.
- De kosten van de behandeling

- De ouders/verzorgers/voogd van het kind stellen het **wel/niet** op prijs dat er, indien nodig, informatie bij de huisarts/specialist/school wordt ingewonnen en dat er gedurende de behandeling of naderhand verslag wordt gedaan aan de huisarts/specialist/school.
- De ouders/verzorgers/voogd van het kind hebben er **wel/geen** bezwaar tegen wanneer video-materiaal van hun kind wordt gebruikt voor intervisie met collega-therapeuten die gebonden zijn aan geheimhoudingsplicht.

- Op verzoek van de ouders/verzorgers/voogd van het kind, bezoekt de therapeut school en/of andere belanghebbende voor observatie en/of verslaglegging.
- De therapeut wordt betaald door de ouders/verzorgers/voogd, werkt echter in dienst van het belang van het kind en volgens de rechten van het kind. Dit houdt in dat inhoudelijke informatie vanuit de therapie alleen naar voren wordt gebracht na toestemming van het kind. Het kind is de client.
- De therapeut is gehouden aan de wettelijke regel dat voor kinderen onder de 16 jaar geldt dat, indien van toepassing, beide gezaghebbende ouders/verzorgers/voogd akkoord moeten gaan met de therapie. De ondertekende gezaghebbende ouder draagt er zorg voor dat de eventueel andere gezaghebber partner wordt geïnformeerd over de therapie en hier zijn/haar toestemming voor geeft. Hij/zij gaat ermee akkoord dat, indien de andere partner op enige wijze bezwaren maakt tegen de therapie of anderszins, hij/zij de consequenties daarvan op zich neemt. Therapeut kan hier niet verantwoordelijk voor worden gehouden.

Betalingsvoorwaarden:

- Sessie psychomotorische therapie (45-60 min) € 70,-
- Verslaglegging per traject € 50,-
- De ouders/verzorgers/voogd van het kind verplichten zich de betaling van de sessies psychomotorische therapie en verslaglegging per overboeking aan de therapeut te voldoen. De ouders/verzorgers/voogd ontvangen hiervoor een factuur van de therapeut.
- Afspraken moeten uiterlijk 24 uur voor het tijdstip van de behandeling geannuleerd worden. Bij niet annuleren of bij annulering binnen 24 uur voor het tijdstip van de behandeling is de therapeut gerechtigd, de gereserveerde tijd naar redelijkheid en blijheid aan de ouders/verzorgers/voogd van het kind in rekening te brengen.
- Bij niet-betaling stuurt de therapeut een betalingsherinnering. Indien ouders/verzorgers/voogd van het kind niet binnen 14 dagen na datum van betalingsherinnering aan hun verplichtingen voldoen, dan is de therapeut zonder nader ingebrekestelling gerechtigd incassomaatregelen te treffen, dan wel door derden te laten uitvoeren.
- Bij betalingsachterstand is de therapeut gerechtigd - tenzij de behandeling zich hiertegen verzet - verdere behandeling op te schorten totdat de ouders/verzorgers/voogd van het kind aan hun betalingsverplichtingen hebben voldaan.

Ouders/verzorgers/voogd realiseren zich dat het niet verstrekken van informatie, zoals aanwezig in het medisch dossier van huisarts/specialist of andere behandelaars van het aangemelde kind, terwijl deze informatie wel bekend is bij de ouders/verzorgers/voogd, kan leiden tot eventueel nadelige gevolgen, waarvoor de ouders/verzorgers/voogd in dit geval zelf verantwoordelijk zijn.

Datum:
Handtekening wettelijk vertegenwoordiger(s):

Plaats:
Handtekening kind (indien ≥ 12 jaar):

.....

.....

.....

Handtekening therapeut:

.....