

# Behandelovereenkomst



Naam therapeut: Wilma Sangers  
Naam praktijk: Voetreflextherapie Wilma Sangers  
Adres praktijk: Cornelis Douwesstraat 1A  
8881 CL WEST-TERSCHELLING  
AGB-code: 90060333  
VBAG-licentienummer: 21507006  
RBCZ- licentienummer: 911995R

Naam cliënt:

---

Geboortedatum:

---

Adres:

---

Woonplaats:

---

E-mailadres:

---

Telefoonnr:

---

## Uw privacy

- De therapeut is gehouden aan de VBAG beroepscode.
- De therapeut stelt de belangen van de cliënt centraal in de therapie.
- De therapeut legt een cliëntendossier aan waarin aantekeningen zijn opgenomen over de gezondheidstoestand van de cliënt en gegevens over de uitgevoerde behandelingen. Dit is van belang voor de therapie en wettelijk verplicht vanuit de WGBO.
- De therapeut heeft als enige toegang tot het cliëntendossier.
- De therapeut heeft een wettelijke geheimhoudingsplicht (beroepsgeheim).
- Bij minderjarige cliënten (jonger dan 16 jaar) is toestemming nodig voor de therapie van eenieder die het ouderlijke gezag heeft.
- Informatie vanuit het cliëntendossier wordt alleen met andere zorgverleners gedeeld als cliënt daarvoor expliciet toestemming heeft gegeven. Dit geldt ook voor het opvragen van gegevens bij andere zorgverleners door de therapeut. Indien het delen van informatie wenselijk is, kan cliënt hiervoor onderaan deze overeenkomst toestemming verlenen. Dit recht geldt voor wilsbekwame cliënten van 12 jaar en ouder.
- Cliënt heeft het recht om het cliëntendossier in te zien en gegevens te laten wijzigen. Bij minderjarige cliënten tot 16 jaar mag het ouderlijke gezag inzage krijgen in het dossier.
- De wettelijk verplichte bewaartermijn van het cliëntendossier is 20 jaar.
- Op de zorgnota staan gegevens die de zorgverzekeraar nodig heeft bij de declaratie van kosten. Dit zijn: naam, adres en woonplaats, relatienummer, geboortedatum, de behandeldatum, een korte omschrijving van de behandeling en de kosten.
- Tijdens intercollegiale toetsing waarborgt de therapeut anonimiteit bij het delen van gegevens.

## Afspraken behandelingen

- De therapie is opgebouwd uit een aantal behandelingen, waaraan telkens vooraf een kort gesprek plaatsvindt.
- Er wordt steeds in overleg besloten of de therapie een vervolg zal krijgen.
- Bij verhindering zal de cliënt minimaal 24 uur van tevoren afzeggen. Anders wordt de volledige behandeling in rekening gebracht.

## Betaling en kosten

- De kosten van de therapie bedragen € 70,00 per behandeling van maximaal 60 minuten en € 37,50 per behandeling van maximaal 30 minuten (prijswijzigingen voorbehouden).
- Bij het niet nakomen van deze afspraak kan de behandelaar de gereserveerde tijd in rekening brengen.

## Vergoeding van de therapie

- Niet alle zorgverzekeraars vergoeden behandelingen. Informeer zelf bij uw zorgverzekeraar of deze de kosten (gedeeltelijk) vergoedt.
- U kunt de facturen uitgeprint of per mail in pdf-formaat ontvangen. U stuurt zelf de facturen naar de zorgverzekeraar. Bewaar een kopie voor uzelf.
- Zie erop toe dat uw behandelaar op haar declaraties altijd haar VBAG- licentienummer, AGB-code, RBCZ-code en KvK-inschrijving vermeldt. Ook moeten de logo's van de RBCZ en de VBAG op de nota staan afgedrukt.

## Aansprakelijkheid

De therapeut heeft een collectieve beroepsaansprakelijkheidsverzekering. Iedere aansprakelijkheid van de therapeut is beperkt tot een bedrag dat in voorkomend geval wordt uitgekeerd door verzekeraar, vermeerderd met het eigen risico. Bij geschillen met de therapeut kunt u schriftelijk een klacht indienen bij de Klachtencommissie van de VBAG of het Register Beroepsbeoefenaren Complementaire Zorg (RBCZ). Uw behandelaar kan u hierover informeren. Verder kunt u het klachtenformulier bij de VBAG Ledenadministratie aanvragen, ledenadministratie@vbag.nl. Deze zorgt voor doorzending en zal de envelop niet openen als daarop 'Klachtencommissie' is vermeld.

## Toestemming cliënt

De cliënt geeft de therapeut toestemming om vooraf, tijdens en/of na (omcirkel wat van toepassing is) de behandelingsperiode bij de volgende personen/instanties informatie in te winnen of aan hen te verstrekken:

Naam huisarts .....

Naam specialist: .....

Naam therapeut: .....

Datum: \_\_\_\_\_

Plaats: West-Terschelling

Naam cliënt: \_\_\_\_\_

Naam therapeut: Wilma Sangers

Handtekening cliënt (bij minderjarige van beide ouders):

Handtekening therapeut: