



## Behandelovereenkomst

Dit formulier dient voorafgaand aan een behandeling door zowel cliënt als hulpverlener te worden ondertekend. Eén exemplaar is voor de cliënt en één exemplaar dient de hulpverlener in het dossier van de cliënt op te bergen.

**Deze behandelovereenkomst voldoet aan de wet WGBO en aan de reglementen van Wkkgz.**

### Privacy

De cliënt is geïnformeerd over het vastleggen van zijn/haar/hen persoonsgegevens in de behandelovereenkomst en cliëntendossier en geeft hier **[wel/niet]** toestemming voor.

De cliënt geeft **[wel/niet]** toestemming om zijn/haar/hen persoonsgegevens te gebruiken voor toesturen van nieuwsbrieven en/of aanbiedingen.

### Informatie

De cliënt stelt het **[wel/niet]** op prijs dat, wanneer nodig, informatie vooraf bij de huisarts, specialist of collega-hulpverlener wordt ingewonnen of wordt overlegd.

Naam huisarts:

Adres en woonplaats huisarts:

### Verslag

De cliënt stelt het **[wel/niet]** op prijs dat gedurende de behandeling of achteraf verslag wordt gedaan aan de huisarts en/of collega-verwijzer.

### Betaling

Per sessie te voldoen:

€ **[invullen per soort sessie incl of excl btw]**

### Gegevens van de cliënt

Achternaam: **[naam]**

Roepnaam: **[naam]**

Voorletters: **[naam]**

Geboortedatum: **[datum]**

Adres: **[adres]**

Postcode en woonplaats: **[nummer letters plaatsnaam]**

Telefoon: **[nummer]**

E-mail: **[email]**

Verzekeraar (wanneer door verzekering vereist, dan met lidmaatschapsnummer): **[naam nummer]**

1. Waaruit bestaat de hulpvraag/wat is het probleem waaraan je wilt werken?

**[open tekst]**

2. Heb je last van klachten (lichamelijk/emotioneel)?  ja  nee

- Zo ja, welke is/zijn dat?

**[open tekst]**

- Hoelang heb je deze klacht(en)?

Sinds: **[datum]**

3. Welke arts(en) heb je geraadpleegd?  huisarts  specialist  psychiater  N.V.T.

- Is er een diagnose gesteld?  ja  nee

Wat is de diagnose van de huisarts / specialist?

**[open tekst]**

- Gebruik je medicijnen?  ja  nee

Zo ja welke?

**[open tekst]**

4. Wat zijn de adviezen van je huisarts / specialist?

**[open tekst]**

5. Ben je momenteel onder medische / psychologische / psychiatrische behandeling?

ja  nee

- Zo ja, waarvoor word je behandeld?

**[open tekst]**

6. Welke alternatieve /additionele therapieën heb je voor deze klacht(en) gevolgd?  
**[open tekst]**

7. Hoe is je gezinssituatie?

- samenwonen  alleen  gehuwd  ongehuwd  anders, nl: **[open tekst]**  
 met kinderen  zonder kinderen

Naam partner + leeftijd: **[naam plus nummer]**

Naam kind(eren) + leeftijd: **[meerdere namen plus nummer]**

Wat is je hoogst genoten opleiding die je hebt afgerond?  
**[open tekst]**

Wat is je beroep/wat doe je voor werk?  
**[open tekst]**

Heb je hobby's en/of doe je aan sport?  
**[open tekst]**

Via wie of wat ben je bij kunst van contact terecht gekomen?  
**[open tekst]**

Heb je nog andere belangrijke dingen te vermelden die van belang zijn voor de begeleiding?  
**[open tekst]**

### De Begeleidingsafspraken

- Informatie gegeven of verkregen via (huis)arts, behandelend specialist of therapeut gaat altijd in overleg. Ook bij verslag achteraf overleggen we eerst.
- De kosten voor een consult zijn per +/- 60 minuten inclusief afspraaktijd, middels betaalverzoek te voldoen. De geldende tarieven staan vermeld op de website.
- Afspraken kunnen alleen telefonisch worden gemaakt, verzet of afgezegd en niet via de e-mail.
- Gemaakte afspraken, die je minder dan 24 uur van te voren telefonisch (voicemail, sms of whatsapp) afzegt, ongeacht de reden van afzegging, worden in rekening gebracht.
- Emailverkeer over afspraken kan in bijzondere situaties alleen na overleg.
- Je bent op de hoogte van de betalingsvoorwaarden, ook te vinden op [www.kunstvancontact.nl](http://www.kunstvancontact.nl)
- Je bent op de hoogte van het beleid inzake gegevensbescherming, ook te vinden op [www.kunstvancontact.nl](http://www.kunstvancontact.nl)

- Je bent geïnformeerd over het feit dat haptonomische begeleiding impliceert dat je kunt worden aangeraakt en je gaat hiermee akkoord.
- De doelstellingen maken we samen en blijven ook altijd bespreekbaar.
- Je mag me aanspreken op de begeleiding en mijn gevoerde beleid.
- Uiteraard zijn de regels zoals die gelden binnen de reguliere hulpverlening rond privacy en vertrouwelijkheid, ook in mijn praktijk van toepassing. Ik verwijs je naar de privacy policy, te vinden op mijn website: [www.kunstvancontact.nl](http://www.kunstvancontact.nl)

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

Tot slot hoop ik op een zinvolle samenwerking en dank ik je op voorhand voor je vertrouwen.

Datum:

Plaats:

Handtekening cliënt voor akkoord:

Handtekening Joke van den Kerkhof:  
NFG lidnummer 90106984/KVK 71741887

Ouder/Voogd:

(bij minderjarigheid ook 1 van de ouders of voogd)\*\*

*\*\* Cliënten vanaf 12 jaar zijn verplicht om een handtekening te zetten. Indien cliënt jonger is dan 16 jaar, tevens de handtekening van ouder(s) en /of verzorger(s).*

#### **Aanwezigheid bij behandeling**

Indien cliënt minderjarig is dienen ouders en/of verzorgers aanwezig te zijn bij de behandeling. Wanneer ouders en/of verzorgers ermee instemmen dat de behandeling zonder hun aanwezigheid plaatsvindt, dienen zij hiervoor hun handtekening te zetten:

Naam ouder(s) en/of verzorger(s):

Handtekening(en):

Ik verwijs je ook naar de privacy policy, te vinden op mijn website [www.kunstvancontact.nl](http://www.kunstvancontact.nl)