

Behandelovereenkomst

Zorgaanbieder

Naam: Anna Penning de Vries

Postadres: Zevenheuvelenweg 55, 6571 CH Berg en Dal

Praktijk adres: Burgemeester Ottenhoffstraat 14b, 6561 CM Groesbeek

Tel nr. 0622905119

Email: info@fijninzijn.nl

Cliënt

Naam:

Adres:

Postcode en plaats:

Geboortedatum:

Telefoon:

Email:

Huisarts, naam:

Huisarts, adres:

Huisarts, plaats:

- ☐ De cliënt verklaart kennis te hebben genomen van de Algemene Voorwaarden van Fijn in Zijn Praktijk voor haptonomische begeleiding en massage en hiermee akkoord te gaan.
- ☐ De cliënt is op de hoogte van het tarief voor de behandeling en de betalingsvoorwaarden
- ☐ De cliënt is op de hoogte van de klachtenprocedure
- ☐ De cliënt geeft akkoord voor het bijhouden van dossier (digitaal anoniem, NAW op papier in afgesloten archiefkast)
- ☐ De cliënt geeft akkoord dat er na overleg met cliënt contact met huisarts, verwijzer of therapeut anderszins opgenomen kan worden
- ☐ De cliënt is geïnformeerd over de behandelwijze en is hiermee akkoord
- ☐ De cliënt en begeleider hebben overeenstemming over het doel van de behandeling en de cliënt is hiermee akkoord. De cliënt geeft toestemming voor de behandeling.

Datum: ____ / ____ / ____

Handtekening begeleider:

Datum: ____ / ____ / ____

Handtekening cliënt: