

Geachte mevrouw/ heer,

U heeft aangegeven een behandeling bij onze praktijk te willen volgen. In overeenstemming met de Wet op de Geneeskundige Behandel Overeenkomst vragen wij u voorafgaand aan de behandeling deze brief goed te lezen en de bijgevoegde behandelovereenkomst volledig ingevuld aan ons te geven. Wij bewaren deze behandelovereenkomst in het dossier. Bij controle voor een onafhankelijke kwaliteitstoets zal deze behandelovereenkomst aan de betreffende auditor getoond worden. Ook bij een verschil van mening over het gevolgde behandelbeleid zal de behandelovereenkomst uitkomst kunnen bieden.

Bij de eerste afspraak neemt u mee:

- ✓ Een volledig ingevulde behandelovereenkomst.
- ✓ De pas van de zorgverzekering van degene die de behandeling krijgt.
- ✓ Legitimatiebewijs van degene die de behandeling krijgt.
- ✓ De verwijsbrief van arts of specialist.

Behandelafspraken:

- ✓ De behandelingen vinden plaats in onze praktijk. Alleen met een medische indicatie, of voor eigen rekening is behandeling aan huis mogelijk.
- ✓ Het aantal behandelingen dat nodig is om voldoende resultaat te boeken is van veel factoren afhankelijk. Dit zal met u besproken worden aan het begin van een behandelreeks.
- ✓ De behandeling begint met een anamnese en een observatie en/of onderzoek. Na het afronden hiervan zal een verslag worden gemaakt en een behandelplan met u worden besproken. Het verslag wordt naar uw huisarts gestuurd en, met uw toestemming, naar andere betrokkenen. Een kopie van het verslag blijft in uw dossier bewaard voor controledoeleinden en/of een vervolg behandeling.
- ✓ Los van het oefenen tijdens de behandelingen moet er ook thuis geoefend worden. Het herhalen van de oefeningen is een onmisbaar deel van de behandeling. Wanneer u dit niet voldoende doet, zal de behandeling onnodig lang duren. Wij houden ons het recht voor om de behandeling dan voortijdig af te sluiten.
- ✓ Het nakomen van de gemaakte afspraken is van groot belang voor de continuïteit van de behandeling. Wanneer afspraken vaak niet door kunnen gaan, of adviezen voor thuis niet (voldoende) worden uitgevoerd, zullen we de behandeling voortijdig moeten stoppen.
- ✓ Als er veranderingen zijn in uw adres, telefoonnummer, verzekering, contactperso(o)n(en) geeft u dat zo snel mogelijk door aan de betreffende therapeut.

Verkorte betalingsvoorwaarden:

- ✓ Vanaf 18 jaar heeft iedereen te maken met het wettelijk vastgestelde eigen risico, dit wordt bij u in rekening gebracht door uw zorgverzekeraar.
- ✓ Meestal declareren wij rechtstreeks bij uw verzekering. Een enkele keer is dit niet mogelijk, u krijgt dan de rekening thuis gestuurd. U betaald de rekening dan aan de praktijk en kunt die daarna bij uw verzekering indienen, die het verzekerde bedrag aan u zal terugbetalen.
- ✓ De behandelingen vinden plaats volgens afspraak en moeten minimaal 24 uur van te voren worden afgezegd. Te laat, of niet afgezegde afspraken moet u zelf betalen.

Verkorte privacyreglement:

- ✓ Om de behandelingen goed vorm te kunnen geven verwerken wij veel persoonlijke informatie. Wij gaan daar met grote zorgvuldigheid mee om. Lees ons volledige privacyreglement op www.praktijknilan.nl.

Behandelovereenkomst met praktijk Nilan

Voor- en achternaam.....

Geboortedatum..... Paspoortnummer.....

Adres.....

Postcode en Woonplaats.....

Telefoonnummer(s).....

E-mailadres.....

Naam en Uzovicode zorgverzekering.....

Inschrijfnummer..... Burgerservicenummer.....

Naam huisarts en naam huisartsenpraktijk.....

Aangemeld voor: Logopedie / kinderyfiotherapie

- 1. Ik heb kennis genomen van het privacyreglement. ja/nee
- 2. Ik geef toestemming voor het uitwisselen van informatie met mijn huisarts. ja/nee
- 3. Ik geef toestemming voor het gebruik van mijn e-mail adres voor het klant tevredenheidsonderzoek. ja/nee
- 4. Ik geef toestemming voor het uitwisselen van informatie met de school van mijn kind. Ja (naam school invullen)
...../nee
- 5. Ik geef toestemming voor het uitwisselen van informatie met.....
.....
- 6. Ik verklaar op de hoogte te zijn van de inhoud van de behandelovereenkomst en werk hier zo goed mogelijk aan mee, zodat de behandeling zo voorspoedig mogelijk zal verlopen.

Handtekening patiënt (vanaf 16 jaar):

.....

Naam van ouder/opvoeder 1:

Naam van ouder/opvoeder 2:

.....

.....

Handtekening ouder/opvoeder 1:

Handtekening ouder/opvoeder 2:

.....

.....

Datum:..... Plaats:.....