**BEHANDELOVEREENKOMST**

in het kader van de wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (wgbo)

*Dit formulier dient vooraf aan de behandeling na invulling door zowel de cliënt als de therapeut te worden ondertekend. Een exemplaar is voor de cliënt. De therapeut neemt een exemplaar op in het dossier.*

Op 1 april 1995 is de wet WGBO in werking getreden. Deze wet versterkt de positie van de cliënt ten opzichte van artsen, verloskundigen, paramedici en andere hulpverleners. In de wet WGBO is onder meer geregeld: recht op informatie, toestemmingsvereiste voor de behandeling, de plicht om een cliëntendossier aan te leggen, recht op inzage in dit dossier, geheimhouding van cliënten gegevens. Het dossier wordt conform de wettelijke bewaartermijn in totaal 20 jaar bewaard. Er bestaat sinds 1 januari 2020 inzagerecht voor nabestaanden. Verder is aan de informatieplicht van de hulpverlener het navolgende toegevoegd: het zwaartepunt komt te liggen op het “samen” beslissen over de behandeling met de patiënt/cliënt.

Achternaam van de cliënt:

Voornamen: roepnaam:
Geslacht: man ⬜ vrouw ⬜

Geboortedatum: / / geboren te:

Burgerlijke staat: beroep:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoon: thuis: werkplek:

 mobiel ………………………………………

E- mail: ………………………………………………………………………….

1. Wat is uw hulpvraag en/of met welke klachten gaat u de behandeling aan?
2. Wat is het doel van de therapie?

………………………………………………………………………………………………………….
………………………………………………………………………………………………………….

1. Sinds wanneer bestaan uw klachten?
Sinds (datum):
2. Is er sprake van fysieke klachten?
3. Welke artsen heeft u geraadpleegd? ⬜ nvt
Dr. huisarts te
Dr. specialist te
4. Indien bekend: wat is de diagnose die de huisarts / specialist heeft gesteld? ⬜ nvt
5. Wat zijn de adviezen van uw huisarts / specialist ivm uw hulpvraag of klacht waarmee u komt? ⬜ nvt
6. Wat is het resultaat van de gevolgde behandelingen tot nu toe? ⬜ nvt
7. Bent u momenteel onder medische- ⬜ psychologische- ⬜ psychiatrische behandeling ⬜?
nee ⬜
8. Welke alternatieve / additieve therapieën heeft u voor deze klacht(en) naast de reguliere gevolgd? ⬜ nvt

…………………………………………………………………………………………………………

1. Gebruikt u medicijnen, ja ⬜ nee ⬜ Zo ja welke:
2. Opmerkingen / nadere informatie (eventueel onder vermelding bijlagen):
3. De cliënt heeft het privacyreglement van Praktijk Bogaard / therapiepraktijk Esther Bogaard gelezen (welke vermeld staat op de website van therapiepraktijk Esther Bogaard en Praktijk Bogaard) en cliënt stemt in met dit privacyreglement.
4. De cliënt heeft de algemene voorwaarden van Praktijk Bogaard / therapiepraktijk Esther Bogaard gelezen (welke vermeld staat op de website van therapiepraktijk Esther Bogaard en Praktijk Bogaard) en cliënt stemt in met deze algemene voorwaarden.
5. De cliënt is ervan op de hoogte dat Esther Bogaard de door u verstrekte gegevens conform de AVG verwerkt en bewaard en stemt hiermee in.
6. Alle therapeuten, aangesloten bij de beroepsvereniging NVPA, zijn gehouden aan de richtlijnen van de Beroepscode. Mocht u onverhoopt klachten hebben kunt u contact opnemen met uw therapeut. Komt u er samen met uw therapeut niet uit, dan kunt u zich voor het klachtrecht wenden tot de beroepsvereniging ([www.nvpa.org](http://www.nvpa.org)) en voor het tuchtrecht van RBCZ, stichting TCZ Tuchtrecht Beroepsbeoefenaren Complementaire Zorg (www.tcz.nu).
7. Heeft u er bezwaar tegen dat uw e-mailadres voor het cliënttevredenheidonderzoek wordt doorgegeven aan de beroepsvereniging waarbij de therapeut is aangesloten? Ja ⬜ Nee ⬜
8. U weet dat u dan na afloop van de therapie een e-mail kunt krijgen met de vraag of u de online-vragenlijst wilt invullen. Dit is volstrekt anoniem en het e-mailadres wordt alleen gebruikt voor het onderzoek.
* De cliënt stelt het wel ⬜ niet ⬜ op prijs dat informatie vooraf bij de huisarts, specialist of collega-therapeut wordt ingewonnen.
Anders, namelijk:
* De cliënt stemt er wel ⬜ niet ⬜ mee in dat gedurende de behandeling of achteraf verslag wordt gedaan aan de huisarts en / of collega-verwijzer.
Anders, namelijk:
Naam en adres huisarts:

 Telefoon huisarts:

* De cliënt gaat akkoord met de tariefstelling, zoals deze op de website genoemd staan ([www.praktijkbogaard.nl](http://www.praktijkbogaard.nl) en [www.relatietherapie.frl](http://www.relatietherapie.frl) ). De factuur wordt per mail aan u verstuurd. Afzeggen van de afspraak dient minstens 24 uur van tevoren geschieden. Indien dit niet gebeurt, wordt €50,-- in rekening gebracht.

Alle eventuele, nadelige gevolgen voortvloeiende uit het achterhouden van informatie aanwezig in het medisch dossier bij de huisarts, zijn voor verantwoordelijkheid en rekening van de cliënt.

Datum: Plaats:

Handtekening therapeut Handtekening cliënt

Naam therapeut: Esther Bogaard-Wieringa

NVPA 104234

Persoonlijke AGB-code 90046019

Praktijk AGB-code 90092417

RBCZ-licentienummer 809930R