



Behandelovereenkomst minderjarige

Finding The Source Homeopathie

Voor een behandeling van een minderjarige onder de 12 jaar is toestemming nodig van beide ouders mits ze beiden het ouderlijk gezag hebben. Het kind kan alleen gezien worden in aanwezigheid van minimaal één ouder.

Minderjarigen tussen de 12 en de 16 jaar mogen gezien worden zonder de ouder(s) en moeten óók zelf toestemming geven voor de behandeling, naast de toestemming door de ouders.

Ondertekening van de behandelovereenkomst brengt voor alle partijen rechten en verplichtingen met zich mee, waarop zij aangesproken kunnen worden.

Met de ondertekening van deze overeenkomst verklaren ondergetekenden dat zij een homeopathische behandeling zijn overeengekomen en kennis hebben genomen van, en in te stemmen met, de bepalingen waaronder de uitvoering van de behandeling zal plaatsvinden, namelijk:

- De therapeut is gehouden te handelen conform de wettelijke regelgeving. De rechten en plichten van cliënt en hulpverlener zijn onder meer vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige
- Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- De therapeut houdt een cliëntendossier bij. De cliënt heeft het recht tot inzage in het eigen dossier. Het dossier wordt conform de wettelijke bewaartermijn in totaal 20 jaar bewaard.
- De therapeut verplicht zich informatie betreffende de behandeling te verstrekken aan de cliënt in alle fasen van de behandeling. De cliënt verplicht zich middels het anamnesegesprek relevante informatie aan de therapeut te verstrekken.
- De therapeut betracht geheimhouding ten aanzien van door de cliënt verstrekte gegevens, die in het dossier worden opgeslagen, met uitzondering van de gegevens waaromtrent de cliënt heeft verklaard dat hij/zij geen bezwaar maakt tegen het gebruik voor statistische doeleinden.
- De therapeut mag zonder toestemming van de ouders geen bepaalde (be-)handelingen verrichten.
- De therapeut verplicht zich de cliënt correct door te verwijzen naar een collega-therapeut of een arts, indien haar behandeling niet geëigend en/of toereikend is.
- Beëindiging van de behandeling kan te allen tijde met wederzijds goedvinden geschieden. Indien de hulpvrager voortzetting van de overeenkomst niet langer op prijs stelt of nodig acht, kan hij/zij deze eenzijdig beëindigen. Indien de hulpvrager tegen het advies in van de therapeut de overeenkomst beëindigt, zal de hulpvrager op verzoek van de therapeut een verklaring ondertekenen waarin hij te kennen geeft dat hij tegen het advies van de therapeut in het onderzoek of de behandeling voortijdig heeft beëindigd.
- De therapeut kan de overeenkomst slechts eenzijdig onder vermelding van argumenten beëindigen, indien redelijkerwijs niet van haar kan worden gevergd dat zij de overeenkomst voortzet. De therapeut zal in een dergelijke situatie hulp en adviezen blijven verlenen, totdat de hulpvrager een overeenkomst met een andere hulpverlener heeft kunnen sluiten.

(Behandelovereenkomst minderjarige – vervolg)

- De cliënt en/of ouders hebben het privacyreglement van praktijk Finding The Source Homeopathie gelezen (welke vermeld staat op de website van praktijk Finding The Source Homeopathie) en stemt/stemmen in met dit reglement.
- De ouders gaan akkoord met de tariefstelling zoals deze vermeld staat op de website van Finding The Source Homeopathie.
- Betalingswijze van de behandelingen is op rekening per consult.
- De cliënt en/of ouders verplicht(en) zich een afspraak tijdig (minimaal 24 uur van tevoren) af te zeggen, anders kunnen de kosten van de gereserveerde tijd in rekening worden 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 minderjarige:

Naam: Geb datum:

Adres:

Indien aanvullende ziektekostenverzekering:

Naam ziektekostenverzekering:

Polis-/Cliëntnummer verzekering:

Ouder/verzorger 1

Ouder/verzorger 2

Handtekening:

Naam:

Adres:

Pc & Woonplaats:

Telefoon:

Email:

Therapeut: Machteld van Haeften

Datum:

Plaats: Amersfoort

Handtekening therapeut: