

## BEHANDELINGSOVEREENKOMST

### Cliëntgegevens

Naam : \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_  
Woonplaats : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_

Ondergetekende verklaart door Annemarie Prins-de Jongh te willen worden behandeld voor het verminderen van de volgende hoofdklacht(en) en de eventueel daarmee verband houdende klachten:

---

---

---

en klachten die eventueel in de loop van het behandeltraject naar voren komen.

Adviezen en afspraken:

---

---

---

Bij deze behandelovereenkomst heb ik de Privacyverklaring ontvangen. Ik ben mij ervan bewust dat mijn persoons- en medische gegevens op een veilige manier worden opgeslagen en verwerkt. Dit is noodzakelijk voor de uitvoering van de behandelingsovereenkomst.

Indien aan de orde geef ik toestemming voor het delen van mijn dossiergegevens in onderstaande gevallen:

voortgangs- of eindrapportage aan mijn huisarts/behandelend specialist (alleen na overleg);

Overig:

Ik ben mij bewust dat de geboden behandeling aanvullend is op de reguliere geneeskunde;

Ik zal mijn huisarts of behandelend specialist raadplegen indien mijn gezondheidssituatie daarom vraagt;

Ik ben mij bewust dat het mij vrijstaat de behandelingsovereenkomst te beëindigen;

Ik heb tot 15 jaar na dato recht tot inzage in mijn dossier

Behandelaar betracht geheimhouding t.a.v. door mij verstrekte gegevens, die in mijn dossier worden opgeslagen.

Behandelaar verplicht zich naar behandelend arts terug te verwijzen bij zgn. 'rode vlag' of door te verwijzen naar een collega indien haar behandeling/kennis niet efficiënt toereikend is.

Bij klachten is klachtrecht NWP en/of tuchtrecht complementaire zorg van toepassing.

Als de cliënt is jonger dan 16 jaar is toestemming voor de behandeling is gegeven d.m.v. handtekening door:

de met gezag belaste ouder(s), te weten:

de voogd, te weten:

Handtekening(en): \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_