

## BEHANDELOVEREENKOMST

### Gegevens cliënt(e) :

Achternaam :  
Voorletter(s) :  
Geslacht :  
Geboortedatum :  
BSN :

### Cliëntnummer :

Adres :  
Postcode :  
Woonplaats :  
Telefoonnr. : /  
E-mail :

### Wettelijk vertegenwoordigers (namen):

(indien van toepassing\*)

\* Voor kinderen tot 16 jaar geldt dat de wettelijk vertegenwoordigers (mede) toestemming dienen te verlenen.

Ondergetekende verklaart door , , **AGB-Code** , zijnde de behandelaar te willen worden behandeld voor het verminderen van zijn/haar klachten, de eventueel daarmee verband houdende (neven-) klachten en/of klachten die eventueel in de loop van het behandeltraject naar voren komen:

**Bij deze behandelovereenkomst heb ik  ontvangen of  van tevoren kennisgenomen van;**

- de Algemene Voorwaarden van de praktijk. Ik ga met deze voorwaarden akkoord;
- de Privacyverklaring. 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 behandelovereenkomst.

**Ik geef toestemming voor het delen van mijn dossiergegevens in onderstaande gevallen;**

- bericht van aankomst aan mijn huisarts/behandelend specialist;
- voortgangs- of eindrapportage aan mijn huisarts/behandelend specialist;
- overleg met collega's door de behandelaar, indien deze dat noodzakelijk acht, met geanonimiseerde gegevens;
- bespreken van mijn casus in geanonimiseerde vorm met stagiaires van de praktijk;
- gebruik als anonieme casus voor lesdoeleinden.

### Overig:

- Ik ben mij bewust dat de geboden behandeling aanvullend is op de reguliere geneeskunde;
- Ik zal mijn huisarts of behandelen specialist raadplegen indien mijn gezondheidssituatie daarom vraagt;
- Ik ben mij bewust dat het mij vrijstaat de behandelovereenkomst te beëindigen;
- Ik heb bovenstaande vakjes zelf aangevinkt ten teken van toestemming/instemming.

**Plaats:**

**Datum: 08-06-2018**

Handtekening:

Handtekeningen wettelijk vertegenwoordigers:  
(indien van toepassing)