

BEHANDELOVEREENKOMST

Voor de toepassing van craniosacraal therapie.

Alle therapeuten die zijn aangesloten bij het Register Craniosacraal therapie Nederland (RCN) zijn gehouden aan de richtlijnen die zijn vermeld in het Beroepsdomein en competentieprofiel en het Reglement ethiek en gedragscode van het RCN. Zij vallen onder het tucht- en klachtrecht van het RCN.

Dit formulier wordt bewaard in het dossier van de cliënt.

Met het ondertekenen van deze behandelovereenkomst gaat u akkoord:

- met de uitvoer van een (aantal) craniosacraal behandeling(en).
- met het bijhouden van een dossier van de behandeling(en) door de therapeut.
- met inzage in uw dossier door een vervangend therapeut bij waarneming.
- met het feit dat de therapeut, indien gewenst door de therapeut, informatie kan inwinnen en/of verslag doet bij de huisarts behandelend specialist of een collega therapeut. De therapeut stelt de cliënt hiervan vooraf op de hoogte.
- met het tarief van

€ voor het eerste consult met intakegesprek en korte behandeling

€ per sessie craniosacraal therapie hierop volgend.

En betaling volgens de algemene betalingsvoorwaarden.

En bent u op de hoogte van het feit:

- dat alle eventuele, nadelige gevolgen voortvloeiende uit het achterhouden van informatie aanwezig in het medisch dossier bij de huisarts/specialist voor de verantwoordelijkheid en rekening van de cliënt cq. ouder(s) en/of voogd zijn.
- dat craniosacraaltherapie een complementaire behandeling is en een regulier noodzakelijke behandeling niet kan vervangen.

Aanwezigheid bij behandeling:

Indien cliënt minderjarig is dienen ouders en/of verzorgers aanwezig te zijn bij de behandeling.

Wanneer ouders en/of verzorgers ermee instemmen dat de behandeling zonder hun aanwezigheid plaatsvindt dienen zij hiervoor hun handtekening te zetten.

Ik ga akkoord met en ben op de hoogte van bovenstaande informatie en het privacy beleid, welke als bijlage is toegevoegd.



Naam en voorletters cliënt:

Roepnaam:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoon thuis:

Mobiel:

E-mailadres:

Geboortedatum:

Soort legitimatie en nummer:

Verzekering:

Verzekeringsnummer:

Huisarts:

Andere hulpverlener of verwijzer:

Tel. Huisarts:

Tel. andere hulpverlener:

Datum:

Plaats:

Handtekening cliënt (vanaf 12 jaar):

Handtekening therapeut:

.....

.....

Optioneel (wanneer cliënt tussen de 12-18 jaar oud is) beide ouders:

naam ouder/verzorger

naam ouder/verzorger

handtekening ouder/verzorger

handtekening ouder/verzorger

.....

.....

Bijlagen:

- Algemene (betalings)voorwaarden
- Privacy beleid