

Shiatsu Zuid-West Friesland

Gevestigd aan de Lijnbaen 18 te Wijckel. Tel: 0650832452
Mail: info@shiatsuzwf.nl Website: www.shiatsuzwf.nl

BEHANDELOVEREENKOMST

VOOR TOEPASSING VAN **MANUEEL PRAKTIZIJN THERAPIE**
IN HET KADER VAN DE WET GENEESKUNDIGE BEHANDELINGSOVEREENKOMST (WGBO)

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 cliëntengegevens.

Alle therapeuten, aangesloten bij de beroepsvereniging NVST, zijn gehouden aan de richtlijnen van de Beroepscode. Mocht u onverhoopt klachten hebben, kunt u zich voor het klachtrecht wenden tot de beroepsvereniging . (www.nvst.nl), en voor het tuchtrecht van RBCZ, stichting TCZ Tuchtrecht Beroepsbeoefenaren Complementaire Zorg (www.tcz.nu).

- De cliënt stelt het wel niet op prijs dat voor of achteraf informatie over de betreffende klacht met de huisarts, specialist of collegatherapeut wordt uitgewisseld
Anders, namelijk:

Naam en adres huisarts:

De cliënt gaat akkoord met de tariefstelling zoals die op de deur van de praktijk staat aangegeven. Over de bank binnen 14 dagen te voldoen of contant. Afzeggen van de afspraak dient minstens 1 werkdagen van te voren geschieden.
Tevens is hij gewezen op de algemene voorwaarden welke liggen ter inzage in de praktijk en staan vermeld op de website www.shiatsuzwf.nl

naam van de cliënt: man vrouw

Geboortedatum:/...../.....

Burgerlijke staat: beroep:

BSN

Adres:

Postcode en woonplaats:

TEL/MOB:

E-mail:.....

Verzekerd bij:..... Verzekeringsnummer:.....

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

3. Indien er sprake is van een fysieke klacht, hoe lang heeft u deze klacht? nvt
Sinds (datum):
4. Welke artsen heeft u geraadpleegd? nvt
Dr. huisarts te
Dr. specialist te
5. Indien bekend: wat is de diagnose die de huisarts / specialist heeft gesteld? nvt
.....
.....
6. Wat zijn de adviezen van uw huisarts / specialist ivm uw hulpvraag of klacht waarmee u komt?
 nvt
.....
.....
7. Wat is het resultaat van de gevolgde behandelingen tot nu toe? nvt
.....
.....
8. Bent u momenteel onder medische- psychologische- psychiatrische behandeling ?
nee
9. Welke alternatieve / additieve therapieën heeft u voor deze klacht(en) naast de reguliere
gevolgd? nvt
.....
10. Gebruikt u medicijnen, ja nee Zo ja welke:
11. Opmerkingen / nadere informatie (eventueel onder vermelding bijlagen):
.....
.....
.....

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: Jan Groenendal

info: www.shiatsuzwf.nl



NVST-licentie : L2683
 AGB-codes : 53308 / 90-0446
 RBCZ/TCZ- licentie : 107167R

