

Eindhoven, januari 2019

Geachte heer, mevrouw

U heeft aangegeven bij mij in behandeling te willen komen, praktijk voor Oefentherapie Cesar in Eindhoven, Neumannlaan 27. In overeenstemming met de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst vraag ik u voorafgaand aan de behandeling deze brief goed te lezen en de bijgevoegde behandelovereenkomst volledig ingevuld aan mij te geven. Ik bewaar deze overeenkomst in het dossier. Bij controle voor een kwaliteitstoets zal deze behandelovereenkomst getoond worden. Ook bij een verschil van mening over het gevolgde behandelbeleid zal de behandelovereenkomst uitkomst kunnen bieden.

Ik vraag u:

- de therapeut duidelijk en volledig te informeren, zodat ik een goede diagnose kan stellen en u een goede behandeling kan geven;
- de adviezen van de therapeut op te volgen, zoals het oefenprogramma voor thuis;
- de reacties op het onderzoek / de behandeling terug te koppelen aan uw therapeut. Hierdoor krijgt de therapeut meer zicht op uw klachten en kan hij u beter adviseren/begeleiden/ behandelen;
- klachten over uw behandeling of bejegening door uw therapeut of een van de andere medewerkers in eerste instantie bespreekbaar te maken met uw therapeut;
- Mee te werken aan het tevredenheidsonderzoek dat door de praktijk gebruikt wordt, meer informatie hierover vindt u op de website.

Van de therapeut mag u verwachten dat:

- hij/zij u zo goed mogelijk informeert en behandelt;
- de privacyregels worden nageleefd, u vindt de privacy regels op de website van de praktijk;
- Klachten over uw behandeling of bejegening zullen worden behandeld conform de richtlijnen van de VvOCM. Informatie over de klachtenregeling is te vinden op de website van de praktijk.

Betalingsvoorwaarden Oefentherapie

1. De betalingsvoorwaarden zijn onlosmakelijk verbonden met de behandelovereenkomst tussen u als patiënt en de Praktijk voor Oefentherapie Cesar
2. De patiënt draagt er zorg voor dat de therapeut op de hoogte is van de juiste zorgverzekeringsgegevens.
3. De patiënt is zelf verantwoordelijk voor de controle van het verzekeringsrecht op zijn behandelingen.
4. Alle niet of niet geheel vergoede behandelingen komen te alle tijden voor rekening van de patiënt.
5. De tarieven van de behandelingen staan vermeld op de website van de praktijk.
6. Afspraken die niet kunnen worden nagekomen dienen uiterlijk 24 uur voor aanvang van de behandeling te worden afgezegd. Bij het niet of niet tijdig afzeggen van de afspraak kan het volledige tarief van de voorgenomen behandeling bij u in rekening gebracht.
7. De declaraties van de therapeut voor honoraria, kosten, vergoedingen en leveringen dienen binnen dertig dagen na de factuurdatum te worden voldaan. Blijft betaling binnen de genoemde termijn uit, dan verkeert de patiënt in verzuim met ingang van de eenendertigste dag na de factuurdatum.
8. Indien de patiënt in verzuim verkeert, dan is de therapeut gerechtigd incassomaatregelen te treffen, dan wel derden daarmee te belasten. Alle met de incasso gemoeide kosten, waarvan ook de buitengerechtelijke kosten, komen ten laste van de patiënt.
9. Uitleg eerste afspraak. Dit is een half uur intake. Dit is voor het basistarief Oefentherapie. Dit is altijd zonder eigen bijdrage. In dit eerste half uur leg ik u ook uit als u kiest om bij mij in

behandeling te komen en waarom ik u een eigen bijdrage van 8,59 euro per behandeling vraag. Dit kan u contant betalen, met de betaal app op uw telefoon, Tikkie of met Pin.

10. Kiest u er niet voor om bij mij in behandeling te komen dan zijn we na een half uurtje klaar en mag u zonder extra kosten naar huis of verwijs ik u naar een collega. Wilt u wel bij mij in behandeling komen dan gaan we het tweede halve uur verder met onderzoek en behandelen.
11. U bent altijd vrij om op elk moment de behandeling te stoppen en/of om geen vervolgspraak meer te maken.
12. Kinderen t/m 17 jaar en vallen onder de Basisverzekering en daar is de eigen bijdrage niét van toepassing.

Behandeloevereenkomst Oefentherapie Cesar / Mensendieck
Linda den Otter Neumannlaan 27 Eindhoven
www.oefentherapie-eindhoven.nl

Voor- en achternaam:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer (s):

Geboortedatum:

Emailadres:

☐ Ik wil meewerken aan het tevredenheidsonderzoek van de praktijk.

Verzekering:

Inschrijfnummer:

BSN:

Legitimatie: ☐ paspoort

☐ ID-kaart

☐ Rijbewijs

Documentnummer:

Met het ondertekenen van dit contact geef ik ook toestemming voor:

- ☐ Het uitwisselen van informatie met mijn huisarts
(de huisarts ontvangt altijd een eindverslag).
- ☐ Bij kinderoefentherapie; het uitwisselen van informatie met school
(Naam school en leerkracht invullen)
- ☐ Het uitwisselen van informatie met een andere zorgverlener
(Naam zorgverlener/instantie invullen)

Ondertekend door (voor kinderen moeten beide ouders tekenen):

Naam:

Handtekening:

Plaats: Datum: