

## BEHANDELOVEREENKOMST MINDERJARIGEN

Naam behandelaar: M. Garland  
Naam praktijk: BSR Noordwijk



Body Stress Release

Noordwijk

Datum afsluiten behandelovereenkomst:

Handtekening behandelaar:

1. De cliënt is op de hoogte van de door de behandelaar gebruikte behandelvorm.
2. De behandelaar betracht geheimhouding ten aanzien van de door cliënt verstrekte gegevens, die in het dossier worden opgeslagen, met uitzondering van Body Stress Release collega's die direct samenwerken met de behandelaar.
3. De behandelaar verplicht zich informatie, in alle fasen, betreffende de consulten te verstrekken aan de cliënt. De cliënt verplicht zich zowel in het anamnesegeprek, als het gesprek voorafgaand aan de behandelingen relevante informatie aan de behandelaar te verstrekken.
4. De behandelaar zal alleen een behandeling verrichten bij kinderen onder de 12 jaar in het bijzijn van een begeleider (ouder, verzorger of andere verantwoordelijk volwassene). Voor minderjarigen onder 16 jaar dienen beide ouders een toestemmingsformulier te ondertekenen. De behandelaar die werkt met kinderen onder de leeftijd van 16 jaar sluit een schriftelijke behandelovereenkomst met een of beide ouder(s), of voogd.
5. Beëindiging van consulten kan te allen tijde met wederzijds goedvinden geschieden. Indien de hulpvrager voortzetting van de overeenkomst niet langer op prijs stelt of nodig acht, kan hij/zij deze eenzijdig beëindigen. De behandelaar kan de overeenkomst slechts eenzijdig onder vermelding van argumenten beëindigen, indien redelijkerwijs niet van hem kan worden gevergd dat hij de overeenkomst voortzet.
6. De cliënt gaat akkoord met opname in het klantenbestand van de behandelaar.
7. De cliënt gaat akkoord met opname en verwerking in een digitale agenda.
8. De cliënt gaat akkoord met de geldende tariefstelling, zoals vermeld op de website [www.bsr-noordwijk.nl](http://www.bsr-noordwijk.nl)
9. Betaling van een consult geschiedt direct na afloop van het consult bij de behandelaar. In uitzonderingsgevallen gebeurt dit via bankoverschrijving (hiervoor geldt een betalingstermijn van 14 dagen).
10. De cliënt verplicht zich een afspraak, telefonisch, via WhatsApp/sms of per e-mail, tijdig (minimaal 24 uur van tevoren) te wijzigen, anders kunnen de kosten van de gereserveerde tijd in rekening worden gebracht.
11. De cliënt is op de hoogte van de algemene voorwaarden, privacyverklaring, behandelingsovereenkomst en toestemmingsformulier minderjarigen (deze staan vermeld op de website [www.bsr-noordwijk.nl](http://www.bsr-noordwijk.nl))
12. De behandelaar verplicht zich de cliënt correct door te verwijzen naar een collega-therapeut of een arts, indien haar behandeling niet geëigend en/of toereikend is.
13. De cliënt heeft het recht om persoonsgegevens in te zien en/of te wijzigen en het dossier te laten verwijderen, door te laten sturen naar een andere behandelaar of op te halen. De cliënt dient hiervoor een schriftelijk verzoek in te dienen bij de behandelaar. Indien de cliënt het dossier wenst op te halen dient er voor ontvangst in de praktijk getekend te worden, door de cliënt of een (schriftelijk) gevolmachtigde.
14. Alle eventuele, nadelige gevolgen voortvloeiende uit het niet delen van informatie aanwezig in het dossier bij de huisarts, zijn voor verantwoordelijkheid en rekening van de cliënt.
15. Indien de cliënt een klacht heeft over de geboden zorg heeft de voorkeur dat de cliënt dit rechtstreeks met de behandelaar bespreekt. Daarnaast kan de cliënt gebruik maken van een onafhankelijke klachtenfunctionaris.

## TOESTEMMING BEHANDELING VAN MINDERJARIGE KINDEREN

Bij het behandelen van kinderen tot 16 jaar heb ik toestemming van beide ouders (of verzorgers/voogd) nodig. Voor kinderen tot 12 jaar dienen beide ouders toestemming te geven, ook als u gescheiden bent. Voor kinderen tussen 12 en 16 jaar beslissen de ouders en het kind samen, terwijl het kind het laatste woord heeft. Deze toestemming geldt tot het moment dat deze wordt ingetrokken of tot het moment dat de behandeling wordt beëindigd. Lever s.v.p. onderstaand formulier ondertekend bij mij in (het formulier mag ook gescand worden en per email aan mij verstuurd worden). Hiermee geeft u/geef je toestemming tot behandeling bij praktijk BSR Noordwijk en gaat u akkoord met de algemene voorwaarden, privacy verklaring en behandelovereenkomst. Deze zijn terug te vinden op [www.bsr-noordwijk.nl](http://www.bsr-noordwijk.nl)

Naam kind:

Geboortedatum kind:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Jongere (vanaf 12 jaar) geeft ook zelf toestemming:

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Ondergetekenden geven toestemming voor behandeling:

Naam moeder / verzorger / voogd:

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Naam vader / verzorger / voogd:

Datum:

Plaats:

Handtekening