

ARTISAMEN

Praktijk voor Vaktherapie beeldend

BEHANDELOVEREENKOMST

**Gegevens therapeut:**

Naam therapeut: Rita de Wit

Beroepsvereniging: Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen (FVB)

Adres: Gondel 27-09

Postcode en plaats: 8243CP Lelystad

Telefoon: 0624447923

KvK nummer 71069267

E-mail: [ritadewit@artisamen.nl](mailto:ritadewit@artisamen.nl)

Website: www.artisamen.nl

**Gegevens cliënt:**

Naam…………………………………………………………………………………………………………………………M/V\*

Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………

Postcode en plaats: ………………………………………………………………………………………………………

Geboortedatum: ……………………………………………………………………………………………………………

Email: ……………………………………………………………………………………………………………………………

\*=doorhalen wat niet van toepassing is

**Hulpvraag cliënt**

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Doelstelling therapie:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

De cliënt verklaart de informatie over de komende therapie te hebben gehoord en begrepen en de volgende informatie te hebben gelezen en hiermee akkoord te gaan;

\* Een sessie/evaluatiegesprek duurt 60 minuten.

\* De cliënt stelt het **wel/niet** op prijs dat er, indien nodig informatie bij de huisarts/specialist wordt ingewonnen.

\*=doorhalen wat niet van toepassing is

**Tarieven**

Kennismakingsgesprek: gratis

Intakegesprek: €.

Een sessie beeldende therapie: €.

Evaluatiegesprek: €.

**Betalingsvoorwaarden**

\* De cliënt verplicht zich de betaling per sessie beeldende therapie en het evaluatiegesprek contant of per overschrijving *vooraf* aan de therapeut te voldoen. De cliënt ontvangt hiervoor een factuur van de therapeut.

\* Afspraken moeten uiterlijk 24 uur voor het tijdstip van de behandeling geannuleerd worden. Bij niet-annuleren of bij annulering binnen 24 uur voor de afspraak is de therapeut gerechtigd, de gereserveerde tijd naar redelijkheid en billijkheid bij de cliënt in rekening te brengen.

\* Bij niet betaling stuurt de therapeut een betalingsherinnering. Indien de cliënt niet binnen 14 dagen na datum van de betalingsherinnering aan zijn verplichtingen voldoet, dan is de therapeut zonder nader ingebrekestelling gerechtigd incassomaatregelingen te treffen, dan wel door derden te laten uitvoeren.

\* Bij betalingsachterstand is de therapeut gerechtigd - tenzij de behandeling zich hiertegen verzet- verdere behandeling op te schorten totdat de cliënt aan de betalingsverplichtingen heeft voldaan.

|  |
| --- |
| **De cliënt realiseert zich dat het niet verstrekken van informatie, zoals aanwezig in het medisch dossier van huisarts/ specialist of ander behandelaars, kan leiden tot nadelige gevolgen waarvoor hij zelf verantwoordelijk is.** |

Datum: …………………………………………………………………………………………………………………………….

Handtekening: ……………………………………………………………………………………………………………….

Plaats: …………………………………………………………………………………………………………………………….