



## Behandelovereenkomst

Dit formulier dient door de cliënt en de therapeut ondertekend te worden.  
Eén exemplaar van de behandelovereenkomst wordt door de therapeut bewaard.

Zorgaanbieder

Naam: Gezondheidsatelier Adapt-herpakjeleven, te Roosendaal

### Cliënt

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

De cliënt gaat ermee akkoord dat in overleg met cliënt:

- na afloop van de behandeling een verslag verstuurd kan worden naar de (huis)arts, behandelend specialist of therapeut, indien deze de cliënt heeft verwezen naar Adapt.
- in het belang van de behandeling overleg plaats kan vinden met andere hulpverleners over de voortgang van de behandeling en medische gegevens uitgewisseld kunnen worden.

De cliënt is op de hoogte van het tarief voor de behandeling en de betalingsvoorwaarden.

De cliënt is geïnformeerd over de behandelwijze en is hiermee akkoord. Om te voldoen aan het CAT-profiel ( beroepsvereniging voor complementaire zorg) wordt van een complementair behandelaar een holistische visie en benaderingswijze verwacht die er op gericht is het zelfherstellend vermogen van de cliënt.

catcollectief.nl <https://catcollectief.nl> › uploadsPDFCAT-Reglement voor CAT-therapeuten - CAT collectief

De cliënt en de therapeut hebben overeenstemming over het doel van de behandeling en de cliënt is hiermee akkoord.

De cliënt geeft toestemming voor de behandeling.

De cliënt is op de hoogte van de beroepscode waar de therapeut aan is verbonden. <https://www.venvn.nl/media/04200a1u/de-nationale-beroepscode-voor-verpleegkundigen-en-verzorgenden.pdf>

De cliënt is op de hoogte van het privacybeleid van Gezondheidsatelier adapt-herpakjeleven (door klik privacy)

De therapeut is aanspreekbaar op de behandelwijze en het gevoerde beleid. De cliënt is op de hoogte dat er een klachten procedure is,

Bij verhindering meldt de cliënt zich 48 uur van te voren af per mail, anders dient de cliënt de rekening te voldoen, tenzij er sprake is van overmacht.

## Huisarts

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

## Andere betrokken hulpverleners

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

## Naam

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening therapeut \_\_\_\_\_

Handtekening cliënt \_\_\_\_\_