

Behandelovereenkomst Volw.

Praktijk Maleriën
Patricia Meijers-Bouts

Thull 12
6365 AC Schinnen
Tel: 0615887727
patricia@malerien.nl

Mevr. P.A.J.M Meijers – Bouts, werkzaam als psychosociaal beeldend therapeut en coach onder de naam van Praktijk Maleriën, lid van Tekentaal 2017496, Lid RBCZ 250001R en lid van CAT collectief BO nr.: 84242022-08-31, ingeschreven in KVK 87112051. AGB Zorgverlenerscode 94101751, AGB Praktijkcode 90(0)07162, Koepel RBCZ licentienummer 170177R

en:

Naam:

Adres:

Postcode en Woonplaats:

Geboortedatum:

verklaren hierbij het volgende te zijn overeengekomen:

- De behandeling omvat een combinatie van de te leveren expertise binnen Praktijk Maleriën.
- De behandeling wordt vormgegeven volgens de principes van ACT, beeldend en 'personalized therapy', behandeling op maat en geïndividualiseerd.
- Het aangaan van de overeenkomst brengt, voor behandelaar en cliënt, rechten en verplichtingen met zich mee, waarop zij aangesproken kunnen worden (zie bepalingen).
- Met ondertekening van deze overeenkomst verklaren ondergetekenden kennis te hebben genomen van en in te stemmen met de bepalingen waaronder de uitvoering van de behandeling zal plaatsvinden.

Ondertekening: Plaats: Schinnen, datum: - - 2024

Behandelaar:

Client:

Bepalingen betreffende de behandelovereenkomst

1. De behandelaar is gehouden te handelen conform de wettelijke regelgeving. De rechten en plichten van cliënt en behandelaar zijn onder meer vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

2. 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). Bij kinderen tussen de 12 jaar en 16 jaar is het bijzijn van een begeleider niet noodzakelijk. De behandelaar die werkt met kinderen onder de leeftijd van 16 jaar sluit een schriftelijke behandelovereenkomst af met beide ouders, mits zij beide het ouderlijk gezag hebben.
3. De behandelaar houdt een cliëntendossier bij. De cliënt heeft het recht tot inzage in het eigen dossier. Het dossier wordt conform de wettelijke bewaartermijn in totaal 15 jaar bewaard.
4. De behandelaar verplicht zich informatie betreffende de behandeling te verstrekken aan de cliënt in alle fasen van de behandeling. De cliënt verplicht zich middels het anamnesege gesprek relevante informatie aan de behandelaar te verstrekken.
5. De behandelaar betracht geheimhouding ten aanzien van door de cliënt verstrekte gegevens, die in het dossier worden opgeslagen. Maar met uitzondering van de gegevens waaromtrent de cliënt heeft verklaard dat hij/zij geen bezwaar maakt tegen het gebruik voor statistische doeleinden. Tevens met uitzondering van meldplicht en meldrecht welke wettelijk is bepaald.
6. De behandelaar mag zonder toestemming van de cliënt geen bepaalde behandelingen verrichten.
7. De behandelaar verplicht zich de cliënt correct door te verwijzen naar een collegabehandelaar of een arts, indien haar behandeling niet geëigend en/of toereikend is.
8. Beëindiging van de behandeling kan ten allen tijde met wederzijds goedvinden geschieden.
9. Indien de cliënt voortzetting van de overeenkomst niet langer op prijs stelt of nodig acht, kan hij/zij deze eenzijdig beëindigen. Indien de cliënt tegen het advies in van de behandelaar de overeenkomst beëindigt, zal de cliënt op verzoek van de behandelaar een verklaring ondertekenen waarin hij te kennen geeft dat hij tegen het advies van de behandelaar in het onderzoek of de behandeling voortijdig heeft beëindigd.
10. De behandelaar kan de overeenkomst slechts eenzijdig onder vermelding van argumenten beëindigen, indien redelijkerwijs niet van haar kan worden gevergd dat zij de overeenkomst voortzet. De behandelaar zal in een dergelijke situatie hulp en adviezen blijven verlenen, totdat de cliënt een overeenkomst met een andere hulpverlener heeft kunnen sluiten.
11. De cliënt gaat akkoord met de tariefstelling van € 70,- per consult. Bedrag van een kort consult (korter dan 20 minuten) bedraagt € 40,- .
12. Betalingswijze van de behandelingen is per overschrijving na ontvangst van de zorgnota die digitaal per E-mail wordt verstuurd.
13. De cliënt verplicht zich een afspraak tijdig (minimaal 24 uur van tevoren) af te zeggen, anders kunnen de kosten van de gereserveerde tijd in rekening worden gebracht.
14. Voor klachten over de behandeling kan de cliënt zich voor het klachtrecht wenden tot de beroepsvereniging de CATcollectief.nl, beroepsvereniging Tekentaal.nl en voor het tuchtrecht tot de Stichting TCZ, Tuchtrecht Complementaire Zorg (www.tcz.nu).
15. 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.
16. Cliënt is op de hoogte van het privacyreglement van Praktijk Maleriën.
17. In het kader van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) dienen door cliënt naast de behandelovereenkomst ook *het privacy document* en *formulier toestemming gegevensuitwisseling* te worden ondertekend.

Laatste update augustus 2024 P. Meijers

Toestemmingsformulier

Gegevensuitwisseling Volw.

Naam

Adres

Praktijk Maleriën
Patricia Meijers-Bouts

Thull 12
6365 AC Schinnen
Tel: 0615887727
patricia@malerien.nl

Gegevensuitwisseling medische gegevens

Voor een goede behandeling kan het noodzakelijk zijn dat ik als uw behandelaar uw voorgeschiedenis betreffende medische behandelingen goed in kaart breng. Tevens kan het zijn dat ik in overleg zou willen treden met uw huisarts of specialist, zodat uw behandeling volledig in afstemming met uw andere behandelaren kan starten. Voor het opvragen van gegevens uit uw dossier bij andere behandelaren heb ik uw expliciete toestemming nodig. Hieronder kunt u bij de verschillende opties aangeven of u het wel of niet eens bent met het opvragen van gegevens en mondeling overleg met andere zorgverleners.

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Mevr. Meijers om mijn huisarts te melden dat ik bij haar in behandeling ben gekomen. Daarvoor zal een kort verslag naar mijn huisarts worden gestuurd, zodat de huisarts op de hoogte is en het verslag in mijn dossier bij de huisarts kan worden opgenomen.

JA NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Mevr. Meijers om in contact met mijn huisarts te treden en mondeling overleg te plegen indien dit in het belang is van mijn behandeling.

JA NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Mevr. Meijers om gegevens uit mijn dossier op te vragen bij mijn huisarts, indien dit nodig is voor een goede afstemming van medicatie en behandeling.

JA NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Mevr. Meijers om gegevens uit mijn dossier op te vragen bij mijn specialist / huisarts

(naam en specialisatie).....,

indien dit nodig is voor een goede afstemming van medicatie en behandeling.

JA NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Mevr. Meijers om gegevens uit mijn dossier en medicatielijst toegankelijk te maken voor waarnemers, zodat mijn behandeling kan worden gecontinueerd bij afwezigheid van Mevr. Meijers.

JA NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Mevr. Meijers om mij per E-mail op de hoogte te stellen van belangrijke informatie betreffende de praktijk. Zoals openingstijden, waarneming,

organisatorische aanpassingen, huishoudelijke mededelingen en continuering van zorgaanbod.

O JA O NEE

Ik geef toestemming aan mijn behandelend therapeut Mevr. Meijers om gegevens uit mijn dossier in een gepseudonimiseerde vorm te gebruiken voor onderwijsdoeleinden ter verbetering van de kwaliteit van zorg in het algemeen.

O JA O NEE

Ik ben op de hoogte gesteld door mijn behandelend therapeut Mevr. Meijers dat zij haar beroepsgeheim alleen zal doorbreken indien zij bij mij een medisch gevaar of een dreigende schadelijke situatie (fysiek, mentaal en/of emotioneel) voor mijzelf of mijn omgeving zou onderkennen.

O JA O NEE

Dit toestemmingsformulier wordt in mijn dossier bewaard. De wettelijke bewaartermijn van een medisch dossier is 15 jaar. Ik heb te allen tijde recht op inzage van het dossier en het mogen vragen om aanpassingen in mijn toestemming.

Alles naar waarheid ingevuld op

datum:

Handtekening:

Privacy document

Verklaring en toestemming Volw.

Praktijk Maleriën
Patricia Meijers-Bouts

Thull 12
6365 AC Schinnen
Tel: 0615887727
patricia@malerien.nl

Naam:

Adres :

Uw Privacy

Voor een goede behandeling is het noodzakelijk dat ik als uw behandelaar een dossier aanleg. Dit is ook een wettelijke plicht opgelegd door het WGBO. Uw dossier bevat aantekeningen over de informatie die u mij versterkt tijdens intake en behandeling. Dit omvat onder meer aantekeningen over uw mentale en geestelijke toestand en gegevens over de uitgevoerde behandelingen.

Ook kan het zijn dat in uw dossier gegevens opgenomen worden die voor uw behandeling noodzakelijk zijn en die ik, na uw expliciete toestemming, heb opgevraagd bij een andere zorgverlener (zoals uw huisarts of Arboarts). U krijgt hiervoor van mij een formulier voor goedkeuring voorgelegd ter ondertekening. Zonder uw handtekening kan ik geen gegevens bij andere zorgverleners opvragen.

Als uw behandelend therapeut heb ik als enige toegang tot uw dossier. Ik heb een wettelijke geheimhoudingsplicht (beroepsgeheim). Ik vind het belangrijk dat uw privacy gewaarborgd blijft, daarom heb ik ervoor gekozen in een extra encrypte map digitaal te bewaren. Onbevoegden hebben geen toegang tot uw gegevens. En u kunt ervan op aan dat ik zorgvuldig met uw persoonlijke en medische gegevens omga.

De gegevens uit uw dossier kunnen nog voor andere doeleinden gebruikt worden:

- Indien u toestemming heeft gegeven om uw huisarts te informeren, bij aanvang en bij beëindigen van de behandeling, of bij verwijzing.
- Indien de praktijk wordt waargenomen door een collega bij afwezigheid of ziekte. Dit is een collega die net als ik geheimhoudingsplicht heeft. Deze collega zal de continuïteit van uw behandeling waarborgen tijdens mijn afwezigheid.
- Indien de praktijk door de beroepsvereniging wordt gevisiteerd op kwaliteit en professionaliteit kan het zijn dat enkele dossiers ter inzage worden gebruikt om mijn behandelkwaliteiten te controleren. Indien dat zo is zullen al uw persoonsgegevens worden verwijderd, zodat het dossier geanonimiseerd is.
- Uw persoonsgegevens gebruik ik voor mijn financiële administratie, om facturen (de zogenaamde zorgnota) op te maken en via mail naar u toe te sturen.
- Mijn accountant zal via de opgestelde facturen uw persoonsgegevens kunnen zien. Ik heb daarom een verwerkersovereenkomst met mijn accountant gesloten zodat deze aansprakelijk kan worden gesteld indien niet zorgvuldig met persoonsgegevens wordt omgegaan.

Als ik vanwege een andere reden gebruik wil maken van uw gegevens, dan zal ik u eerst informeren en expliciet met een toestemmingsformulier, die u dient te ondertekenen, om uw toestemming vragen.

De gegevens in uw dossier blijven 15 jaar bewaard, zoals in de wet op de behandelovereenkomst wordt vereist. U hebt altijd het recht tot inzage en opvragen van uw dossier (zie het privacyreglement)

Privacy op de (Zorg)nota

De (zorg)nota is de factuur die u van mij toegestuurd krijgt en die u ter declaratie kan indienen bij uw zorgverzekeraar. Om die reden worden enkel de volgende gegevens op de zorgnota vermeld:

- Uw naam, adres en woonplaats
- Uw geboortedatum
- De datum van de behandeling
- Een korte omschrijving van de behandeling; therapie of coaching en een korte omschrijving die past bij de soort begeleiding die u heeft ontvangen.
- De kosten van het consult

De zorgnota krijgt u van mij als een pdf, via het door u opgegeven email-adres toegestuurd. Indien u de zorgnota per post wilt ontvangen is dat mogelijk, maar dit verdient niet de voorkeur in verband met verwerkingsnelheid en extra tijd voor administratie. Omdat ik met een mail-account werk en de nota digitaal wordt toegestuurd, wijs ik u erop dat e-mailen op zichzelf niet gezien wordt als een veilige methode om persoonsgegevens te versturen. Daarom zal ik via de mail geen andere gegevens versturen dan alleen hierboven staat vermeld. Tevens zal ik uw email-adres niet gebruiken voor andere doeleinden. Ook zal ik uw email-adres niet doorgeven aan derden voor reclame doeleinden. U kunt er zeker van zijn dat uw email adres enkel gebruikt wordt voor het versturen van de factuur en belangrijke informatie betreffende de praktijk.

Uw toestemming

Nu u op de hoogte bent gebracht van opslag en verwerking van privacy gevoelige gegevens, vraag ik u om toestemming. Bij het ondertekenen van dit document geeft u toestemming om de gegevens die u mij verstrekt te archiveren en verwerken zoals hiervoor beschreven.

Ik geef toestemming om mijn NAW-gegevens, persoonlijke gegevens betreffende mijn gezondheidstoestand en persoonlijke situatie en eventuele aanvullende medische gegevens in een wettelijk verplicht op te stellen dossier te verwerken en op te slaan voor 15 jaar.

Ik geef toestemming om mijn NAW gegevens, nodig voor het opstellen van een factuur, te verwerken en op te slaan in de financiële administratie en deze via het door mij opgegeven email-adres naar mij toe te sturen.

Datum:

Handtekening: