

BEHANDELINGSOVEREENKOMST Praktijk Mental Balance

Ondergetekenden:

De cliënt:

Achternaam

Voorletters

Roepnaam

Straat en
Huisnummer

Postcode

Woonplaats

Geboortedatum

Telefoon

E-mail

Polisnummer /
cliëntnummer

De Zorgverlener

Praktijk Mental Balance

Naam zorgverlener : Fons de Vries

AGB-code praktijk : 90057771

AGB-code
zorgaanbieder : 90049349

Beroepsvereniging : NBVH

Registratienummer
NBVH : 13042

Koepelorganisatie : RBCZ

Registratienummer RBCZ : 403344R

BTW-nummer : NL0929.12.485.B.01

KvK nummer : 34096812

IBAN : NL41INGB0006467339

komen overeen dat:

- de zorgverlener aan de cliënt de benodigde behandeling of begeleiding biedt, zoals in het behandelplan zal worden/is verwoord. Dit behandelplan zal na de intake worden opgesteld en mondeling worden toegelicht door de zorgverlener;
- cliënt de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en de medewerking geeft die deze redelijkerwijs voor het uitvoeren van de overeenkomst behoeft. In dit kader zij opgemerkt dat alle eventuele, nadelige gevolgen voortvloeiende uit het achterhouden van informatie aanwezig in het medisch dossier bij de huisarts en/of specialist, voor verantwoordelijkheid en rekening komen van de cliënt;
- deze overeenkomst start open eindigt op: onbekend/.....
- **Individuele therapie:** het tarief voor de intake (=1^e gesprek) of therapiesessie bedraagt per uur € 72,50 (dagtarief) of € 82,50 (avond tarief); individuele therapie is BTW-vrijgesteld.
Relatietherapie/systeemtherapie voor 2 personen: het tarief voor een intake (= 1^e gesprek) of therapiesessie bedraagt per uur € 80,- (dag tarief) of € 90,- (avond tarief); tarief relatietherapie is incl. 21% BTW.
Afronding van de uurtarieven op een kwartier. Betalingen dienen tijdig voldaan te worden conform het gestelde in de betalingsvoorwaarden.

Praktijk Mental Balance valt onder het klachtrecht van de **NBVH** en het onafhankelijke tuchtrecht van de **RBCZ**, dat is ondergebracht in de **Stichting TCZ**. Verder is de praktijk aangesloten bij de **SCAG** (conform de wet **Wkkgz**) t.a.v. de geschillencommissie.

Partijen nemen in aanmerking dat de **Algemene Voorwaarden** en de **Privacyverklaring** deel uitmaken van deze overeenkomst. Deze zijn te vinden op www.mentalbalance.nl onder Transparantie; indien gewenst kunt u evt. ook een papieren versie verkrijgen.

Door ondertekening van deze behandelingsovereenkomst, verklaart cliënt kennis genomen te hebben van de inhoud van de behandelingsovereenkomst en evt. bijlagen, en hiermee akkoord te gaan.

De cliënt

| | |
|--------------|------------|
| Naam | |
| Datum | |
| Plaats | Amersfoort |
| Handtekening | |

De zorgverlener

| | |
|--------------|---------------|
| Naam | Fons de Vries |
| Datum | |
| Plaats | Amersfoort |
| Handtekening | |

Indien de cliënt minderjarig¹ is, dient de behandelovereenkomst ondertekend te worden door de ouders van de cliënt of degene die het wettelijk gezag heeft. Met de ondertekening wordt door de ouders/wettelijk gezag toestemming verleend om de minderjarige individuele begeleiding in de vorm van therapie of counseling te laten volgen.

Indien aan de orde naam en handtekening van de ouders/wettelijk gezag:

| | |
|---------------|--|
| Naam ouder | |
| Handtekening: | |

| | |
|---------------|--|
| Naam ouder: | |
| Handtekening: | |

¹ Indien cliënt jonger dan 12 jaar: handtekening van **beide** ouders of degene die het juridisch gezag heeft.

Indien cliënt 12 jaar of ouder, maar jonger dan 16 jaar: zowel handtekening van cliënt, als ook van **beide** ouders/wettelijk gezag.

Indien cliënt 16 jaar of ouder: handtekening van cliënt.