

BEHANDELINGSOVEREENKOMST Praktijk Mental Balance

Ondergetekenden:

De cliënt:		De Zorgverlener	
Achternaam		Praktijk Mental Balance	
Voorletters		Naam zorgverlener	: Fons de Vries
Roepnaam		AGB-code praktijk	: 90057771
Straat en Huisnummer		AGB-code zorgaanbieder	: 90049349
Postcode		Beroepsvereniging	: NBVH
Woonplaats		Registratienummer NBVH	: 13042
Geboortedatum		Koepelorganisatie	: RBCZ
Telefoon		Registratienummer RBCZ	: 403344R
E-mail		BTW-nummer	: NL0929.12.485.B.01
Polisnummer / cliëntnummer		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 € 85,- (dagtarief) of € 95,- (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 € 90,- (dag tarief) of € 100,- (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, Register van Verwerkingsactiviteiten** 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	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
Plaats	Amersfoort
Handtekening	<input type="text"/>

De zorgverlener

Naam	Fons de Vries
Datum	<input type="text"/>
Plaats	Amersfoort
Handtekening	<input type="text"/>

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	<input type="text"/>	Naam ouder:	<input type="text"/>
Handtekening:	<input type="text"/>	Handtekening:	<input type="text"/>

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 18 jaar: zowel handtekening van cliënt, als ook van **beide** ouders/wettelijk gezag.