



AYURNADI
Praktijk Voor Natuurgeneeskunde

BEHANDELOVEREENKOMST

Voor toepassing van Ayurvedische therapie in het kader van de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO)

AYURNADI

Lydia Reuter
Dorpsstraat 51
6267 AA Cadier en Keer
043-4071800

www.ayurnadi.eu
info@ayurnadi.eu

Dit formulier (behandelovereenkomst) en een privacy document dienen vooraf aan de eerste behandeling na invulling door zowel de cliënt als de therapeut te worden ondertekend. Een exemplaar is voor de cliënt. De therapeut dient een exemplaar in het dossier van zijn cliënt op te bergen.

- Op 1 april 1995 is de wet WGBO in werking getreden. Deze wet versterkt de positie van de cliënt ten opzichte van artsen, verloskundigen, paramedici en andere hulpverleners. In de wet WGBO is onder meer geregeld: recht op informatie, toestemmingsvereiste voor de behandeling, de plicht om een cliëntendossier aan te leggen, recht op inzage in dit dossier, geheimhouding van cliëntengegevens.
 - Alle therapeuten, aangesloten bij de beroepsvereniging VBAG, zijn gehouden aan de richtlijnen van de Beroepscode. Mocht u onverhoopt klachten hebben, kunt u zich voor het klachtrecht wenden tot de beroepsvereniging. (www.vbag.nl), en voor het tuchtrecht van RBCZ, register beroeps oefenaren complementaire zorg.
 - Als de therapeut - binnen het kader van een andere therapie, waarin hij/zij geschoold is - het nodig of nuttig acht - van de regelgeving in het Reglement 'Handelingen van de VBAG therapeut' af te wijken, dient hij/zij dit te doen in overleg met de cliënt, in een andere setting, in een andere context en buiten deze behandelovereenkomst voor de Ayurveda therapie.
- De cliënt stelt het wel 0 / niet 0 op prijs dat informatie vooraf bij de huisarts, specialist of collega- therapeut wordt ingewonnen.
Anders, namelijk: _____
 - De cliënt stelt het wel 0 / niet 0 op prijs dat gedurende de behandeling of achteraf verslag wordt gedaan aan de huisarts en / of collega-verwijzer.
Anders, namelijk: _____
Naam en adres huisarts: _____
Telefoon huisarts: _____
- De cliënt gaat akkoord met de tariefstelling van € 90 (euro) per anamnese/behandeling. Vervolgconsulten van een duur van 30 minuten kosten € 50 en een telefonisch consult van 15 minuten € 25.
 - U betaalt het verschuldigde bedrag of contant of maakt het bedrag over binnen twee weken.
 - Afzeggen van een afspraak dienst minstens 1 werkdag (24 uur) van tevoren worden gemeld. Indien dit niet gebeurt of u verschijnt niet op de afspraak, dan ben ik genoodzaakt de kosten van het geplande consult of de behandeling in rekening te brengen.

- De praktijk is niet aansprakelijk voor eventuele nadelige gevolgen die zijn ontstaan doordat cliënt onjuiste of onvolledige informatie heeft verstrekt, dan wel doordat cliënt voor hem bekende en beschikbare informatie aanwezig in medische dossiers van arts/specialist of andere behandelaar, niet heeft verstrekt.
- De praktijk is niet aansprakelijk voor schade die is ontstaan aan eigendommen van cliënt door parkeren of voor het betreden van het terrein aan de Dorpsstraat 51 te Cadier en Keer, noch voor andere schade door het betreden van de praktijk.
- Een cliënt mag alleen onder toezicht van de therapeut de behandeltafel op- en af stappen.

Achternaam van de cliënt:

Voornamen:

Roepnaam:

Geslacht: man vrouw

Geboortedatum: / / geboren te:

Burgerlijke staat: beroep:

Adres:

Postcode en woonplaats:

.....

Telefoon:

thuis:

werkplek:

mobiel:

E- mail:

1. Wat is uw hulpvraag en/of met welke klachten gaat u de behandeling aan?

2. Wat is het doel van de therapie?

3. Indien er sprake is van een fysieke klacht, hoe lang heeft u deze klacht? nvt
 Sinds (datum):
4. Welke artsen heeft u geraadpleegd? nvt
5. Dr. _____ huisarts te
6. Dr. _____ specialist te
7. Indien bekend: wat is de diagnose die de huisarts / specialist heeft gesteld? nvt

8. Wat zijn de adviezen van uw huisarts / specialist ivm uw hulpvraag of klacht waarmee u komt? nvt

9. Wat is het resultaat van de gevolgde behandelingen tot nu toe? nvt

10. Bent u momenteel onder medische- psychologische- psychiatrische behandeling ? nee
11. Welke alternatieve / additieve therapieën heeft u voor deze klacht(en) naast de reguliere gevolgd? nvt

12. Gebruikt u medicijnen, ja nee Zo ja welke:
13. Opmerkingen / nadere informatie (eventueel onder vermelding bijlagen):

Indien van toepassing

14. Heeft u er bezwaar tegen dat uw e-mailadres voor het cliënttevredenheidonderzoek wordt doorgegeven aan de beroepsvereniging waarbij de therapeut is aangesloten? Ja Nee

U weet dat u dan na afloop van de therapie een e-mail krijgt met de vraag of u de online-vragenlijst wilt invullen. Dit is volstrekt anoniem en het adres wordt alleen gebruikt voor het onderzoek.

Datum:

Plaats:

Handtekening therapeut: Handtekening cliënt:

Naam Therapeut:
Lydia Reuter

Licentienummer VBAG: 2060809
 Persoonlike AGB-code: 90033254

Praktijk AGB-code: 90122150
 RBCZ registratienr. 911334R