



## Behandelingsovereenkomst Jongerentherapie

De Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) bevat de regelgeving voor zowel cliënten als therapeuten. Op basis van de WGBO is deze behandelingsovereenkomst opgesteld. In de WGBO is onder meer geregeld: recht op informatie; vereiste toestemming voor minderjarigen; recht op inzage in dit dossier; geheimhouding van cliëntengegevens. Deze behandelingsovereenkomst is opgesteld aan de hand van de richtlijnen van de Nederlandse Associatie voor Psychotherapie (NAP) en European Association for Psychotherapy (EAP). Meer informatie hierover vindt u op: [www.nap-psychotherapie.com](http://www.nap-psychotherapie.com).

### **Gegevens therapeut:**

**Naam therapeut:** R.J. van Lent  
**Adres:** Zernikeweg 65  
**Postcode en plaats:** 3241 SJ Middelharnis  
**Telefoon:** 0187-478231 (06-10266452)  
**AGB-code:** 90-036998  
**AGB-code praktijk:** 90-015662

### **Gegevens Jongere**

**Naam:**

**Adres:**

**Postcode:**

**Plaats:**

**Geboortedatum:**

**Geboorteland:**

**Telefoon:**

**e-mail adres:**

**Huisarts:**

**Adres huisarts:**

**Zorgverzekeraar:**

**Verzekerdnummer:**

**BSN (voorheen sofinr):**

<i>Gegevens moeder</i>	<i>Gegevens vader</i>
Naam:	Naam:
Adres:	Adres:
Postcode:	Postcode:
Plaats:	Plaats:
Geboortedatum:	Geboortedatum:
Geboorteland:	Geboorteland:
Telefoon:	Telefoon:
e-mail adres:	e-mail adres:
Huisarts:	Huisarts:
Adres huisarts:	Adres huisarts:
Zorgverzekeraar:	Zorgverzekeraar:
Verzekerdnummer:	Verzekerdnummer:
BSN (voorheen sofinr):	BSN (voorheen sofinr):

**Hulpvraag:**

- Wat is/zijn de klacht(en)? Hoelang bestaat dit al?

Jongere:.....

.....  
.....  
.....

Moeder:.....

.....  
.....  
.....

Vader:.....

.....  
.....  
.....

- **Wat is de hulpvraag?**

Jongere:.....

.....

.....

Ouders:.....

.....

.....

- **Wanneer is de therapie succesvol?**

Jongere:.....

.....

.....

.....

ouders:.....

.....

.....

- **Welke artsen zijn er geraadpleegd?**

Dr..... Huisarts te .....

Dr..... Specialist te .....

- **Indien bekend, wat is de diagnose van de huisarts / specialist?**

- **Wat zijn de aanwijzingen van de huisarts / specialist?**

- **Wat is het resultaat van eventueel gevolgde behandelingen/therapieën tot nu toe (reguliere en alternatieve therapieën)?**

- **Gebruikt u (cliënt 1 en/of cliënt 2) medicijnen? JA/NEE Zo ja, welke?**

- **Was u (cliënt 1 en/of cliënt 2) in het verleden, of bent u momenteel onder psychologische / psychiatrische behandeling? JA/NEE Indien JA, naam (vorige) therapeut / specialist:**

**Eventuele nadere informatie in het belang van de therapie:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Goedkeuring voor anoniem enquêteren vanuit de beroepsvereniging VIT om kwaliteit te waarborgen. Als u beiden instemt gaarne e-mailgegevens invullen, zodat na de behandeling U een uitnodiging ontvangt om de kwaliteit van de behandeling te beoordelen.**

**Emailadres jongere**

**Emailadres ouders:**

Cliënten realiseren zich dat het niet verstrekken van informatie, zoals aanwezig in het medisch dossier van arts, specialist of andere behandelaars, terwijl deze informatie wel bekend is bij de cliënten, kan leiden tot eventueel nadelige gevolgen, waarvoor cliënten in dit geval zelf verantwoordelijkheid zijn.

Datum..... Plaats .....

**Handtekening therapeut:**

**Handtekening cliënt 1:**

**Handtekening cliënt 2:**

.....

## **ALGEMENE BETALINGSVOORWAARDEN volgens de NEDERLANDSE ASSOCIATIE VOOR PSYCHOTHERAPIE.**

### Artikel 1.

Deze betalingsvoorwaarden zijn van toepassing op alle behandelovereenkomsten tussen de therapeut en de cliënten.

### Artikel 2.

De cliënten gaan akkoord met de tariefstelling van € 80,00 per individuele sessie psychotherapie en €160,00 per sessie partnerrelatietherapie. Een individuele therapiebijeenkomst duurt 60 minuten, een bijeenkomst voor partnerrelatietherapie duurt 120 minuten. De cliënten ontvangen en betalen de nota voor therapie aan de therapeut, tenzij uitdrukkelijk overeengekomen is dat de therapeut de nota declareert bij de zorgverzekeraar(s) van cliënten.

### Artikel 3.

Afspraken moeten uiterlijk 24 uur voor het tijdstip van de behandeling geannuleerd worden. Bij niet-annuleren of bij annulering binnen 24 uur voor de afspraak is de therapeut gerechtigd de gereserveerde tijd naar redelijkheid en billijkheid aan de cliënten in rekening te brengen.

### Artikel 4.

Na iedere sessie ontvangt de cliënt een factuur, welke direct per pin-pas afgerekend kan worden. Mocht de cliënt niet in staat zijn per pin-pas de factuur te voldoen, geldt de regel betaling binnen 14 dagen. De volgende artikelen handelen over deze wijze van betalen.

### Artikel 5.

Indien de cliënten het verschuldigde bedrag niet binnen 14 dagen na de factuurdatum heeft betaald zijn de cliënten in verzuim, zonder dat daartoe een nadere ingebrekestelling is vereist en brengt de therapeut rente in rekening van 1% per maand of een gedeelte van een maand over de hoofdsom zolang de cliënten in gebreke blijven aan hun verplichtingen te voldoen.

### Artikel 6.

Bij niet-betaling binnen 14 dagen na de factuurdatum kan de therapeut de cliënten een betalingsherinnering sturen. Voor het verzenden van deze betalingsherinnering wordt een bedrag van Euro 20,00 aan de cliënten in rekening gebracht.

### Artikel 7.

Voldoen de cliënten binnen 14 dagen na de datum van de betalingsherinnering niet aan hun verplichtingen, dan is de therapeut zonder nadere ingebrekestelling gerechtigd incassomaatregelen te treffen, dan wel door derden te laten uitvoeren.

### Artikel 8.

Alle buitengerechtelijke incassokosten verband houdende met de invordering van de gedeclareerde bedragen komen ten laste van de cliënten. De buitengerechtelijke incassokosten zijn vastgesteld op tenminste 15% van de hoofdsom met een minimum van Euro 35.

### Artikel 9.

Bij betalingsachterstand is de therapeut gerechtigd - tenzij de behandeling zich hiertegen verzet – verdere behandeling op te schorten totdat de cliënten aan hun betalingsverplichtingen hebben voldaan.

===