

Behandelovereenkomst Minderjarige / Persoon zonder Zelfbeschikkingsrecht

Praktijknaam: FootreflexPlus

Therapeut: Aad de Groot

Adres praktijk: Zwanenkade 146, Krimpen aan den IJssel

1. Gegevens cliënt

Naam cliënt:

Geboortedatum:

Adres:

2. Gegevens wettelijke vertegenwoordiger(s)

(Ouder(s), voogd of curator/bewindvoerder)

Naam vertegenwoordiger 1:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Naam vertegenwoordiger 2 (indien van toepassing):

Telefoonnummer:

E-mailadres:

3. Inhoud en aard van de behandeling

De behandeling bestaat uit voetreflextherapie, gericht op ontspanning en ondersteuning van het zelfherstellend vermogen van het lichaam.

De behandeling wordt afgestemd op de hulpvraag en lichamelijke situatie van de cliënt. De therapeut bespreekt vooraf de werkwijze en mogelijke reacties op de behandeling.

4. Toestemming

Door ondertekening van deze overeenkomst geven de wettelijke vertegenwoordiger(s) toestemming voor het behandelen van de bovengenoemde cliënt door FootreflexPlus.

De vertegenwoordiger(s) verklaren hierbij:

- Geïnformeerd te zijn over de aard van de behandeling.
- Akkoord te gaan met de behandeling.
- Zich ervan bewust te zijn dat voetreflextherapie een complementaire behandelvorm is en geen vervanging vormt voor reguliere medische zorg.

5. Rechten en plichten

- De therapeut heeft geheimhoudingsplicht en gaat zorgvuldig om met de privacy van de cliënt.
- De cliënt of diens vertegenwoordiger mag de behandeling op elk moment stopzetten.
- Afspraken die niet minimaal 24 uur van tevoren worden geannuleerd, kunnen in rekening worden gebracht.

6. Betaling

De behandelkosten worden na iedere sessie voldaan via ideaal. Declaraties kunnen eventueel worden ingediend bij de zorgverzekeraar, indien (gedeeltelijke) vergoeding mogelijk is.

7. Ondertekening

Plaats:

Datum:

Handtekening therapeut:

.....

Handtekening vertegenwoordiger 1:

.....

Handtekening vertegenwoordiger 2 (indien van toepassing):

.....