

**Privacy- en behandelovereenkomst**

Met dit document informeer ik u als cliënt uitdrukkelijk welke gegevens ik opsla in het cliëntendossier en wat ik er mee doe. Ik leg vast dat u als cliënt kennis heeft van dit document en er mee instemt. Tevens maken we hiermee afspraken m.b.t. uw behandeling.

**UW PRIVACY**

Voor een goede behandeling is het noodzakelijk dat ik, als uw behandelend therapeut, een dossier aanleg. Dit is ook een wettelijke plicht opgelegd door de WGBO. Uw dossier bevat aantekeningen over uw gezondheidstoestand en gegevens over de uitgevoerde onderzoeken en behandelingen. Als uw behandelend therapeut heb ik een wettelijke geheimhoudingsplicht (beroepsgeheim). Wij doen ons best om uw privacy te waarborgen. Dit betekent onder meer dat wij:

* Zorgvuldig omgaan met uw persoonlijke en medische gegevens,
* Er voor zorgen dat onbevoegden geen toegang hebben tot uw gegevens.

De gegevens uit uw dossier kunnen ook nog voor de volgende doelen gebruikt worden:

* Om andere zorgverleners te informeren, bijvoorbeeld als de therapie is afgerond of bij een verwijzing naar een andere behandelaar. Dit gebeurt alleen met uw expliciete toestemming.
* Een klein deel van de gegevens uit uw dossier wordt gebruikt voor de financiële administratie en rapportage, zodat ik, of mijn administrateur, een factuur kan opstellen, rapportages kan maken en een deugdelijke administratie kan voeren. Als ik vanwege een andere reden gebruik wil maken van uw gegevens, dan zal ik u eerst informeren en expliciet uw toestemming vragen. Deze gegevens in het cliëntendossier blijven zoals in de wet op de behandelovereenkomst wordt vereist 20 jaar bewaard.

**PRIVACY OP DE ZORGNOTA**

Op de zorgnota die u ontvangt staan de gegevens die door de zorgverzekeraar gevraagd worden, zodat u deze nota kan declareren bij uw zorgverzekeraar.

* Uw naam, adres en woonplaats
* uw geboortedatum
* de datum van de behandeling
* een korte omschrijving van de behandeling
* de kosten van het consult



**BEHANDELOVEREENKOMST**

1. Ondergetekende verklaart door de behandelaar te willen worden behandeld:
* Voor het verminderen van de hoofdklacht en de daarmee verband houdende klachten
* Klachten die eventueel in de loop van het behandeltraject naar voren komen.
1. Bij deze behandelovereenkomst heb ik kennis genomen van de Privacyverklaring.
* Ik ben mij ervan bewust dat mijn persoons- en medische gegevens op een veilige manier worden opgeslagen en verwerkt. Dit is noodzakelijk voor de uitvoering van de behandelovereenkomst.
1. Ik geef toestemming voor het delen van mijn dossiergegevens:
* Voor een voortgangs- of eindrapportage aan mijn huisarts of behandelend specialist.
* Voor overleg met collega’s door de behandelaar, indien deze dat noodzakelijk acht

(hierbij zal ik anoniem blijven).

1. Overige punten:
* Ik ben mij bewust dat de geboden behandeling aanvullend is op de reguliere geneeskunde.
* Ik zal mijn huisarts of behandelend specialist raadplegen indien mijn gezondheidssituatie daarom vraagt.
* Ik ben mij ervan bewust dat het mij vrijstaat de behandelovereenkomst te beëindigen
* Ik geef toestemming om mij te mailen naar: (emailadres)
* Ik heb bovenstaande vakjes zelf aangevinkt ten teken van toestemming/instemming.
* Wanneer ik mijn afspraak niet na kan komen zal ik deze tenminste 24 uur van te voren afzeggen. Lukt dit niet dan zal ik de volledige consultkosten betalen.
* Ik zal de consultkosten direct na consult in de praktijk voldoen, per pin of contant.

Datum: Plaats: Naam & Handtekening:

 Naam & Handtekening zorgverlener:

**Zuringlaan 10 •3742 EX Baarn • T 035 5423238 • M 06 51401215**

**info@royal-health.nl** **•** [**www.royal-health.nl**](http://www.royal-health.nl)

**KvKnr. 32055847 • NL83RABO0379986264 • BTWnr. NL001973727B43**



**Toestemming behandeling van minderjarige kinderen**

Bij het behandelen van kinderen tot 16 jaar heb ik toestemming van beide ouders (of verzorgers/voogd) nodig. Voor kinderen tot 12 jaar dienen beide ouders toestemming te geven, ook als u gescheiden bent. Voor kinderen tussen 12 en 16 jaar beslissen de ouders en het kind samen, terwijl het kind het laatste woord heeft.

Deze toestemming geldt tot het moment dat deze wordt ingetrokken of tot het moment dat de behandeling wordt beëindigd.

Lever s.v.p. onderstaand formulier ondertekend bij mij in (het formulier mag ook gescand worden en per email aan mij verstuurd worden). Hiermee geeft u / geef je toestemming tot behandeling bij praktijk Royal health en gaat u akkoord met de privayverklaring.

Naam kind:

Geboortedatum kind:

**Ondergetekenden geven toestemming voor behandeling:**

**Naam moeder / verzorger / voogd:**

Datum:

Plaats:

Handtekening:

**Naam vader / verzorger / voogd:**

Datum:

Plaats:

Handtekening:

**Jongere (12 jaar en ouder) geeft zelf toestemming:**

Datum:

Plaats:

Handtekening: