Behandelovereenkomst Client…………………………

VOOR TOEPASSING VAN TRIGGERPOINT DRY-NEEDLING EN SHIATSUTHERAPIE

in het kader van de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

Alle therapeuten, aangesloten bij de beroepsvereniging NVST en NMTN zijn gehouden aan de richtlijnen van de Beroepscode. Mocht u onverhoopt klachten hebben en wij komen er in een onderling gesprek niet uit, kunt u zich voor het klachtrecht wenden tot de beroepsvereniging [www.nvst.nl](http://www.nvst.nl) en voor het tuchtrecht van RBCZ, stichting TCZ Tuchtrecht Beroepsbeoefenaren Complementaire Zorg <http://www.tcz.nu>.

UW PRIVACY

Voor een goede behandeling is het noodzakelijk dat ik, als uw behandelende 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.

Ook worden in het dossier gegevens opgenomen die voor uw behandeling noodzakelijk zijn en die ik, na uw expliciete toestemming, heb opgevraagd bij een andere zorgverlener bijvoorbeeld bij de huisarts.

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

Als uw behandelende therapeut heb ik als enige toegang tot de gegevens in uw dossier.

Ik heb een wettelijke geheimhoudingsplicht (beroepsgeheim).

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.
* Voor het gebruik voor waarneming, tijdens mijn afwezigheid.
* of voor het geanonimiseerde gebruik tijdens intercollegiale toetsing.
* Een klein deel van de gegevens uit uw dossier wordt gebruikt voor de financiële administratie, zodat ik of mijn administrateur, een factuur kan opstellen.

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 15 jaar bewaard.

Afzeggen van de afspraak dient minstens 1 werkdag (24 uur) van te voren geschieden. Indien dit niet gebeurt, wordt de sessie in rekening gebracht.

Voornamen: : Achternaam:…………………………
Geslacht: man □ vrouw □

Geboortedatum: / / geboren te:

Beroep: ………………………… Burgelijke staat:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoon: thuis: mobiel:…………………………….

E- mail: ………………………………………………………………………….

Ga verder met de achterzijde voor de hulpvraag !!!!!!

1. Wat is uw hulpvraag en/of met welke klachten gaat u de behandeling aan?
2. Wat is het doel van de therapie?

………………………………………………………………………………………………………..

1. Indien er sprake is van een fysieke klacht, hoe lang heeft u deze klacht? □ nvt
Sinds (datum):
2. Welke artsen heeft u geraadpleegd? □ nvt
Dr. huisarts te
Dr. specialist te
3. Indien bekend: wat is de diagnose die de huisarts / specialist heeft gesteld? □ nvt
4. Wat zijn de adviezen van uw huisarts / specialist ivm uw hulpvraag of klacht waarmee u komt? □ nvt
5. Wat is het resultaat van de gevolgde behandelingen tot nu toe? □ nvt
6. Bent u momenteel onder medische- □ psychologische- □ psychiatrische behandeling □?
nee □
7. Welke alternatieve / additieve therapieën heeft u voor deze klacht(en) naast de reguliere gevolgd? □ nvt

1. Gebruikt u medicijnen, ja □ nee □ Zo ja welke: nadere informatie eventueel

Alle eventuele, nadelige gevolgen voortvloeiende uit het achterhouden van informatie aanwezig in het medisch dossier bij de huisarts, zijn voor verantwoordelijkheid en rekening van de cliënt.

Datum: Plaats:

Handtekening therapeut Handtekening cliënt

Neuromusculair therapeut Doede van der Bij, NVST L1792, Persoonlijk AGB-code 90033829

Praktijk AGB-code 90012820 RBCZ registratienr 10761R Zie voor meer info: www.doedevanderbij.nl