

LOGOPEDIEPRAKTIJK REIGERSBOS

Peursumstraat 44
1106 BV Amsterdam
Telefoon: 020-6977244
Email: info@logopediereigersbos.nl

BEHANDELOVEREENKOMST

Voor een goed verloop van de behandeling willen wij u graag vooraf informatie geven en enkele afspraken met u maken.

Bij het eerste bezoek vragen wij u mee te nemen:

- Een verwijsbrief van de huisarts, specialist, orthodontist of tandarts.
- Het pasje van uw zorgverzekering.
- Een geldig legitimatie bewijs.

Wij vragen u veranderingen zoals wijziging in uw adres, telefoonnummer, huisarts en/of verzekering zo snel mogelijk aan ons door te geven.

Betaling

Logopedie valt onder de basisverzekering. Bepaalde zorgverzekeraars vergoeden ons de behandelingen rechtstreeks. Zo niet dan zullen wij aan het einde van de maand een rekening sturen die u zelf kunt indienen bij uw zorgverzekeraar. De uiteindelijke vergoeding is afhankelijk van uw polisvoorwaarden. Vanaf de leeftijd van 18 jaar valt logopedie onder de wet op het eigen risico. De behandelingen vinden plaats volgens afspraak en dienen bij verhindering **minimaal 24 uur van tevoren te worden afgezegd**. Te laat afgezegde of niet nagekomen afspraken worden niet door de zorgverzekeraar vergoed en daarom bij u in rekening gebracht. Het tarief voor de niet nagekomen afspraken bedraagt **€ 30,00** per half uur. In de wachtkamer vindt u de uitgebreide betalingsvoorwaarden.

Behandelafspraken

- U bent / uw kind is verwezen ivm klachten op het gebied van: _____
- De behandeling zal plaatsvinden op de praktijk met aanvankelijk een frequentie van _____ zitting(en) per week.
- Een behandeling duurt een half uur waarvan wij maximaal 25 minuten samenwerken. De overige tijd wordt besteed aan verslaglegging en administratie.
- Te laat afgezegde of niet nagekomen afspraken worden bij u in rekening gebracht (zoals hierboven beschreven).
- Van u verwachten wij een actieve deelname en het opvolgen van adviezen in belang van het effect van de behandeling. Het kan tevens in belang van de behandeling noodzakelijk zijn met andere deskundigen overleg te hebben. Wij vragen hiervoor uw toestemming in de bijlage.
- Behandelverslagen worden met uw toestemming naar uw arts en/of verwijzer gestuurd en met uw toestemming mogelijk ook aan andere directe betrokkenen.
- Eventuele audio- en video-opname worden alleen voor behandeldoeleinden gebruikt.

Het origineel van deze overeenkomst wordt in het dossier bewaard en een kopie van het originele exemplaar is voor uzelf.

LOGOPEDIEPRAKTIJK REIGERSBOS

Vragen en klachten

Bij vragen over de behandeling of de wijze waarop de behandeling wordt gegeven, kunt u altijd bij ons terecht. Ook als dat een klacht over de logopedist of de therapie betreft. Bij klachten verwijzen wij ook naar de folder 'klachtenregeling' die in de wachtkamer te vinden is.

Bereikbaarheid

Voor het maken en afzeggen van een afspraak is de praktijk altijd telefonisch bereikbaar. Bij afwezigheid of drukke bezigheden nemen wij de telefoon niet op en vragen wij u de voicemail in te spreken onder vermelding van uw naam en telefoonnummer en de naam van de logopedist voor wie u belt. We verzoeken u om na het afzeggen zelf contact op te nemen met de logopedist om een nieuwe afspraak te maken.

Mijn werkdagen zijn maandag / dinsdag / woensdag / donderdag / vrijdag.

Wij hopen op een prettige samenwerking.

Ik _____ ben op de hoogte van de verkorte betalingsvoorwaarden en zal mij houden aan de gemaakte afspraken.

Door ondertekening verklaart u met de inhoud van deze overeenkomst akkoord te gaan.

Datum: _____

Naam cliënt: _____

Naam logopedist: _____

Handtekening cliënt /ouders:

Handtekening logopedist:

LOGOPEDIEPRAKTIJK REIGERSBOS

TOESTEMMING VOOR HET UITWISSELEN VAN GEGEVENS

Volgens de wet hebben wij uw toestemming nodig om mondeling en/of schriftelijk informatie en gegevens uit te wisselen met uw arts/verwijzer en andere deskundigen. Wij doen dit alleen met het doel om de logopedische begeleiding en behandeling van u of uw kind zo goed mogelijk te kunnen laten verlopen.

Door ondertekening verklaart u hiermee akkoord te gaan.

Datum: _____

Naam cliënt: _____

Handtekening cliënt/ouders/wettelijke vertegenwoordigers:
