

## Behandelovereenkomst

Op verzoek van uw zorgverzekeraar wordt met u als cliënt of als ouder/verzorger van een cliënt een behandelovereenkomst gesloten. Het gaat hierbij om afspraken met betrekking tot de logopedische behandeling.

### Behandelafspraken

U bent/ uw kind is verwezen in verband met klachten op het gebied van:.....  
.....  
.....  
.....  
.....

De behandeling vindt plaats in de praktijk/ aan huis met een frequentie van ..... maal per week. Een behandeling duurt 30 minuten.  
Van u verwacht ik een actieve deelname, het opvolgen van adviezen en het uitvoeren van (huiswerk) opdrachten in het belang van het effect van de behandeling.  
Zonder betrokkenheid van ouders wordt logopedie niet ingezet.  
Na ..... zittingen zal een eerste evaluatiegesprek plaatsvinden.  
Mocht er een aanpassing nodig zijn van het voorgestelde behandelingschema, dan zal dat met u worden besproken.

### Betalingsafspraken

De behandelingen vinden plaats volgens afspraak en dienen bij verhindering tenminste 24 uur van te voren worden afgezegd.  
De declaraties van de behandelingen worden indien mogelijk direct bij de zorgverzekeraar in rekening gebracht. Maakt u gebruik van een restitutiepolis of mocht blijken dat u onvoldoende of niet verzekerd bent, dan bent u zelf verantwoordelijk voor het voldoen van de declaraties. Volwassenen dienen rekening te houden met het verplichte eigen risico.

Te laat afgezegde of niet nagekomen afspraken worden niet door de zorgverzekeraar vergoed en kunnen bij u persoonlijk in rekening worden gebracht.  
De uitgebreide betalingsvoorwaarden zijn in de wachtruimte en op de website van de praktijk na te lezen.

### Bereikbaarheid/openingstijden

Voor het maken en afzeggen van afspraken is de praktijk van maandag t/m vrijdag telefonisch bereikbaar op telefoonnummer: **053-4613646**

Indien ik door afwezigheid of bezigheden de telefoon niet kan opnemen kunt u een bericht achterlaten op de voice-mail. Tevens is de praktijk bereikbaar via de mail: **rvanburenlogopedie@hccnet.nl**

### Informatie-uitwisseling

Volgens de wet heb ik uw toestemming nodig om mondeling en/of schriftelijk informatie en gegevens uit te wisselen met andere deskundigen en direct betrokkenen, anders dan uw huisarts/verwijzer, met als doel de logopedische begeleiding en behandeling zo goed mogelijk te laten verlopen. Door ondertekening van de bijgevoegde "toestemmingsverklaring informatie-uitwisseling met derden" gaat u hiermee akkoord. Eventuele audio/video-opnames worden alleen voor behandeldoeleinden gebruikt.

### Bewaartermijnen patiëntengegevens

Patiëntengegevens worden gedurende 20 jaar bewaard. Na 20 jaar worden de patiëntengegevens vernietigd door de praktijkhouder.

### Klachtenregeling

Bij vragen over de behandeling of de wijze waarop de behandeling wordt gegeven, kunt u altijd bij mij terecht. Ook als dat een klacht betreft. Bij klachten verwijs ik ook naar de klachtenregeling van de NVLF die op de website te vinden is.

Ik verklaar op de hoogte te zijn van de betalingsvoorwaarden en het behandelplan en zal me houden aan de gemaakte afspraken t.a.v. oefeningen, teneinde de behandeling zo voorspoedig mogelijk te laten verlopen. Wijzigingen in adres, telefoonnummer, huisarts of verzekeraar geef ik zo spoedig mogelijk door.

Plaats: ..... Datum: .....

Zorgverzekeraar: ..... Polisnummer: .....

Naam: .....

Handtekening: