|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Behandelovereenkomst** | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Ondergetekenden:*** | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Cliënt** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Naam |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Adres |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | PC + Woonplaats | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Telefoon |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | E-mail |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Geboortedatum | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | BSN-nummer | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *indien minderjarig* | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Naam ouder/verzorger 1 | | |  |  |  |  |  |  |
|  | Telefoon |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | E-mail |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Naam ouder/verzorger 2 | | |  |  |  |  |  |  |
|  | Telefoon |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | E-mail |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***en*** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Zorgaanbieder,** | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | te weten een therapeut van Reflexintegratiecentrum Nederland, Traumadokter, | | | | | | | |  |
|  | Trauma Instituut of Long Covid Kliniek Nederland (ingeschreven in het | | | | | | |  |  |
|  | handelsregister van de Kamer van Koophandel onder nummer 76941434) | | | | | | |  |  |
|  | die is aangesloten bij erkende beroepsorganisatie CAT. | | | | | |  |  |  |
|  | Vertegenwoordigd door | | | Pim Kaal |  |  |  |  |  |
|  | Praktijkadres | |  | Nassaupark 42 | |  |  |  |  |
|  | PC Woonplaats | |  | 3481HG Harmelen | |  |  |  |  |
|  | Telefoon |  |  | 06-55886516 | |  |  |  |  |
|  | E-mail |  |  | [info@reflexintegratiecentrum.nl](mailto:info@reflexintegratiecentrum.nl) | | | |  |  |
|  | IBAN |  |  | NL96 SNSB 8833 7269 32 t.n.v. P.W.H. Kaal | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **verklaren het volgende te zijn overeengekomen:** | | | | | |  |  |  |  |
| **Algemeen** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \* | Een behandeltraject bestaat uit een kosteloos intake/kennismakingsgesprek | | | | | | | |  |
|  | van 30 minuten. Aansluitend zijn vervolgsessies mogelijk van 1 of 1,5 uur of een | | | | | | | |  |
|  | veelvoud daarvan. | |  |  |  |  |  |  |  |
| \* | Behandeling is alleen mogelijk op afspraak | | | | |  |  |  |  |
| \* | Behandeling vindt plaats op het praktijkadres van zorgaanbieder, tenzij anders | | | | | | | |  |
|  | wordt overeengekomen. | | |  |  |  |  |  |  |
| \* | Het volgen van behandeling bij zorgaanbieder is vrijwillig en geschiedt op | | | | | | | |  |
|  | eigen risico van cliënt. | | |  |  |  |  |  |  |
| \* | Het is niet toegestaan om video's/foto's te maken van de behandeltechnieken. | | | | | | | |  |
| \* | Indien cliënt schade veroorzaakt aan meubilair, apparatuur of producten van | | | | | | | |  |
|  | zorgaanbieder, dan is deze gerechtigd schadevergoeding te eisen van cliënt. | | | | | | | |  |
| \* | Zorgaanbieder verwacht dat er een ouder bij de behandelingen aanwezig is | | | | | | | |  |
|  | indien de cliënt jonger is dan 12 jaar. Van 12 tot 18 jaar wordt aanbevolen dat er | | | | | | | |  |
|  | een ouder aanwezig is, vooral met het oog op de mogelijkheid om thuis oefeningen | | | | | | | |  |
|  | te doen en om vorderingen en veranderingen snel en eenvoudig te kunnen | | | | | | | |  |
|  | evalueren. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \* | Zorgaanbieder stelt geen diagnoses. Daarvoor kunt u terecht bij uw huisarts of | | | | | | | |  |
|  | specialist. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Aanvaarding van opdrachten** | | | |  |  |  |  |  |  |
| **\*** | Alle aanbiedingen van de zorgaanbieder zijn vrijblijvend en herroepbaar, ook | | | | | | | |  |
|  | indien daarin een termijn is genoemd waarvoor het aanbod geldt. | | | | | | |  |  |
| **\*** | Bij mondelinge informatieverstrekking wordt een aanbod eerst geacht te zijn | | | | | | | |  |
|  | gedaan, zodra dit schriftelijk door de zorgaanbieder is bevestigd. | | | | | | |  |  |
| \* | Een overeenkomst komt tot stand door het tekenen van deze behandel- | | | | | | |  |  |
|  | overeenkomst. | |  |  |  |  |  |  |  |
| \* | Indien in de overeenkomst wijzigingen worden aangebracht door de cliënt, dan | | | | | | | |  |
|  | komt de overeenkomst pas tot stand nadat de zorgaanbieder schriftelijk met | | | | | | | |  |
|  | die wijzigingen heeft ingestemd. | | | |  |  |  |  |  |
| \* | Een overeenkomst kan een losse behandeling zijn maar ook een traject van | | | | | | | |  |
|  | van behandelingen. | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Behandeling** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \* | Zorgaanbieder is toegankelijk met en zonder verwijzing van (huis)arts of | | | | | | |  |  |
|  | specialist. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \* | Diensten van zorgaanbieder komen niet in aanmerking voor vergoeding door | | | | | | | |  |
|  | de zorgverzekering. | |  |  |  |  |  |  |  |
| \* | Indien van toepassing ontvangt de behandelaar van zorgaanbieder zoveel | | | | | | | |  |
|  | mogelijk relevante informatie aangaande de (medische) achtergrond van de | | | | | | | |  |
|  | klachten, kopieën van reeds gedane onderzoeken of testen of andere relevante | | | | | | | |  |
|  | gegevens. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \* | Tijdens de behandeling/begeleiding is er ruimte voor al uw vragen, opmerkingen | | | | | | | |  |
|  | en veranderingen over uw klachten. Informeer de behandelaar van zorg- | | | | | | |  |  |
|  | aanbieder over uw ongemakken die u thuis, op het werk of op school of | | | | | | |  |  |
|  | tijdens uitvoering van hobby’s ondervindt. Deze informatie maakt dat wij u | | | | | | | |  |
|  | beter van dienst kunnen zijn. | | |  |  |  |  |  |  |
| \* | Indien van toepassing zal/zullen ouder(s) van een minderjarige cliënt zich | | | | | | | |  |
|  | inspannen de adviezen, ter ondersteuning van de gestelde behandeldoelen, | | | | | | | |  |
|  | serieus te nemen en op te volgen. | | | |  |  |  |  |  |
| \* | Behandeling vindt plaats op basis van een vooraf bepaald doel of op basis van | | | | | | | |  |
|  | klachten/problemen die client heeft. Dat doel kan tijdens het traject worden | | | | | | | |  |
|  | bijgesteld. | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **DOEL van deze overeenkomst is:** | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Facturering en Betaling** | | |  |  |  |  |  |  |  |
| **\*** | Alle prijzen zijn in Euro’s (€). Alle prijzen zijn -indien van toepassing- incl. BTW. | | | | | | | |  |
| \* | Tarieven behandeling (2024) | | | |  |  |  |  |  |
|  | *Behandeling overdag* | | | |  | *€ 68,00 per uur* | |  |  |
|  | *Avondtarief (25% opslag)* | | |  |  | *€ 85,00 per uur* | |  |  |
|  | *Zaterdagtarief (50% opslag)* | | |  |  | *€ 102,00 per uur* | |  |  |
|  | *Zon- en feestdagentarief (100% opslag)* | | | |  | *€ 136,00 per uur* | |  |  |
|  | *Sessie op locatie (per uur)* | | |  |  | *op aanvraag* | |  |  |
| \* | Sessies die uitlopen, worden afgerond op kwartieren (15 minuten) in uw voordeel. | | | | | | | |  |
| \* | Telefonische consulten van langer dan 15 minuten worden separaat in rekening | | | | | | | |  |
|  | gebracht tegen het gebruikelijke uurtarief. | | | | |  |  |  |  |
| \* | Multidisciplinaire overleggen, overleggen met scholen, artsen en andere hulp- | | | | | | | |  |
|  | verleners langer dan 15 minuten, worden separaat in rekening gebracht tegen | | | | | | | |  |
|  | het gebruikelijke uurtarief. | | |  |  |  |  |  |  |
| \* | Het maken van behandelverslagen of rapportages van de begeleiding zit niet | | | | | | | |  |
|  | in de prijs van de sessies inbegrepen. Deze kunnen op verzoek wel worden | | | | | | | |  |
|  | gemaakt tegen vergoeding van het normale uurtarief. | | | | | |  |  |  |
| \* | Na een sessie wordt u een factuur toegezonden, die binnen 14 dagen betaald | | | | | | | |  |
|  | dient te worden. Betaling kan ook contant direct na afloop van een sessie. | | | | | | | |  |
|  | (gelieve zoveel mogelijk gepast te betalen; er is slechts beperkt wisselgeld aanwezig) | | | | | | | |  |
| \* | Bij overschrijding van de betalingstermijn is de cliënt, zonder dat ingebreke- | | | | | | | |  |
|  | stelling is vereist, in verzuim. | | |  |  |  |  |  |  |
| \* | Bij niet-betalen binnen 14 dagen, stuurt zorgaanbieder cliënt een betalings- | | | | | | | |  |
|  | herinnering. Indien cliënt alsnog niet aan de betalingsverplichting voldoet, | | | | | | | |  |
|  | dan is zorgaanbieder gerechtigd incassomaatregelen te treffen, en/of deze door | | | | | | | |  |
|  | derden te laten uitvoeren. | | |  |  |  |  |  |  |
| \* | Bij betalingsachterstand is zorgaanbieder gerechtigd verdere behandeling | | | | | | | |  |
|  | op te schorten totdat de cliënt aan de betalingsverplichting heeft voldaan. | | | | | | | |  |
|  | Zorgaanbieder zal cliënt tijdig op de hoogte stellen van vernoemde opschorting | | | | | | | |  |
|  | van zijn dienstverlening. | | |  |  |  |  |  |  |
| \* | Zorgverlener is gerechtigd is over het openstaande bedrag de wettelijke rente | | | | | | | |  |
|  | in rekening te brengen. Alle eventuele buitengerechtelijke incassokosten komen | | | | | | | |  |
|  | voor rekening van de cliënt. Onder incassokosten vallen de kosten van advoca- | | | | | | | |  |
|  | ten, deurwaarders en incassobureaus, vastgesteld overeenkomstig de geldende | | | | | | | |  |
|  | c.q. gebruikelijke tarieven. | | |  |  |  |  |  |  |
| \* | Trajecten op basis van de WMO/PGB worden per maand gefactureerd. | | | | | | |  |  |
| \* | De zorgaanbieder is gerechtigd ieder jaar de overeengekomen prijs te verhogen. | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Annuleren/Wijzigen afspraak** | | | |  |  |  |  |  |  |
| \* | Een sessie kan telefonisch of via whatsapp, kosteloos tot 24 uur voor de | | | | | | |  |  |
|  | afspraak worden afgezegd of verplaatst. Bij geen gehoor of buiten openings- | | | | | | | |  |
|  | tijden, kunt u de voicemail (06-55886516) inspreken. U kunt ook een e-mail | | | | | | | |  |
|  | sturen naar info@reflexintegratiecentrum.nl. | | | | |  |  |  |  |
| \* | Bij annulering minder de 24 uur voorafgaand aan de afspraak of bij het | | | | | | |  |  |
|  | vergeten van de afspraak, is zorgverlener gerechtigd de gereserveerde tijd | | | | | | | |  |
|  | volledig in rekening te brengen. | | | |  |  |  |  |  |
| \* | De door of vanwege zorgaanbieder afgezegde afspraken worden verzet naar | | | | | | | |  |
|  | een nader tussen partijen te bepalen datum en tijdstip. De cliënt kan in dit geval | | | | | | | |  |
|  | geen aanspraak maken op enigerlei vorm van vergoeding, korting of geldelijke | | | | | | | |  |
|  | compensatie. | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Privacy/Geheimhouding** | | |  |  |  |  |  |  |  |
| \* | Zorgaanbieder zal te allen tijde informatie betreffende cliënt vertrouwelijk | | | | | | | |  |
|  | behandelen. Op uw verzoek kan informatie gedeeld worden met derden, zoals | | | | | | | |  |
|  | uw huisarts of specialist. | | |  |  |  |  |  |  |
| \* | Cliënt machtigt zorgverlener om anoniem cliëntgegevens te delen in het kader | | | | | | | |  |
|  | van intervisie. Intervisie kan plaatsvinden om uw behandeling mogelijk te | | | | | | | |  |
|  | verbeteren dan wel om collega's te laten leren van mijn ervaringen. | | | | | | |  |  |
| \* | Indien zorgverlener uw casus wil gebruiken voor reclamedoeleinden, dan vraagt | | | | | | | |  |
|  | hij vooraf schriftelijke uw toestemming. | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Overmacht** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **\*** | Indien de zorgaanbieder zijn verplichtingen uit de overeenkomst niet, niet | | | | | | | |  |
|  | tijdig of niet behoorlijk kan nakomen als gevolg van een oorzaak die hem niet | | | | | | | |  |
|  | kan worden aangerekend, zoals ziekte van de persoon die met de uitvoering | | | | | | | |  |
|  | van de behandelovereenkomst is belast, worden de verplichtingen van de zorg- | | | | | | | |  |
|  | aanbieder opgeschort tot het moment waarop hij in staat is die verplichtingen | | | | | | | |  |
|  | alsnog na te komen. | |  |  |  |  |  |  |  |
| **Aansprakelijkheid en klachtrecht** | | | | | |  |  |  |  |
| \* | Zorgaanbieder heeft slechts een inspanningsverplichting. Er kan geen resultaat | | | | | | | |  |
|  | worden gegarandeerd. Wanneer behandeling niet het gewenste resultaat | | | | | | | |  |
|  | oplevert, is zorgaanbieder daarvoor niet aansprakelijk te stellen. | | | | | | |  |  |
| \* | De aansprakelijkheid van de zorgaanbieder voor schade voortvloeiend uit de | | | | | | | |  |
|  | door hem verrichte diensten is beperkt tot maximaal de kosten van een | | | | | | |  |  |
|  | behandelsessie. | |  |  |  |  |  |  |  |
| \* | In alle gevallen is iedere aansprakelijkheid van de zorgaanbieder beperkt tot | | | | | | | |  |
|  | het bedrag welke in rekening is gebracht aan de cliënt, dan wel tot maximaal | | | | | | | |  |
|  | het bedrag dat door de door de zorgaanbieder afgesloten aansprakelijkheids- | | | | | | | |  |
|  | verzekering bij CAT wordt gedekt. | | | |  |  |  |  |  |
| \* | Zorgaanbieder streeft naar openheid, eerlijkheid en kwaliteit. Mocht er | | | | | | |  |  |
|  | onverhoopt een klacht zijn, dan wordt op prijs gesteld dat u deze eerst met | | | | | | | |  |
|  | zorgaanbieder zelf bespreekt. | | |  |  |  |  |  |  |
| \* | Conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is zorgaanbieder | | | | | | | |  |
|  | aangesloten bij een geschilleninstantie (art. 18 Wkkgz). Zorgaanbieder heeft | | | | | | | |  |
|  | gekozen voor aansluiting bij de Geschilleninstantie Alternatieve Therapeuten (GAT) | | | | | | | |  |
|  | GAT is een rijkserkende en volledig onafhankelijke Wkkgz geschillen- | | | | | | |  |  |
|  | commissie. | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Duur van de overeenkomst** | | | |  |  |  |  |  |  |
| \* | Tenzij schriftelijk anders wordt overeengekomen, wordt deze aangegaan voor | | | | | | | |  |
|  | de duur van een traject c.q. losse behandeling/sessie. Na afloop van de overeen- | | | | | | | |  |
|  | gekomen contractperiode kan de overeenkomst in overleg tussen beide partijen | | | | | | | |  |
|  | worden verlengd. | |  |  |  |  |  |  |  |
| \* | Indien een der partijen dat wenst, kan beëindiging van de behandeling te allen | | | | | | | |  |
|  | tijde geschieden. Uw behandelaar zal dan indien mogelijk en gewenst, advies | | | | | | | |  |
|  | geven en/of verwijzen naar een (huis)arts of andere hulpverlener. | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Slotbepaling** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \* | Op deze overeenkomst is uitsluitend Nederlands recht van toepassing. | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Afwijkende voorwaarden** | | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Geen |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ja, te weten: | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Datum: |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Plaats: |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Handtekening cliënt | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Handtekening zorgaanbieder | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Origineel t.b.v. cliënt | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kopie t.b.v. administratie zorgaanbieder | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |