



Therapiepraktijk  
voor bewustwording

## Therapiepraktijk voor bewustwording

**Anna Noppen-Ermolenko**

Oud-Cromstrijensedijk WZ 26

3286 BT Klaaswaal

06 – 430 325 12

www.annanoppen.nl

info@annanoppen.nl

AGB-code zorgverlener: 90103892

AGB-code Praktijk: 90063230

KvK-nr: 67101771

## Behandelingsovereenkomst

### Gegevens cliënt(e):

Achternaam van de cliënt: .....

Voornamen: ..... roepnaam: .....

Geslacht: man  vrouw

Geboortedatum: ..... / ..... / ..... geboren te: .....

Adres: .....

Postcode en woonplaats: .....

Telefoon mobiel: .....

E- mail: .....

Burgerlijke staat: .....

Beroep: .....

Huisarts: .....

Telefoon: .....

Adres huisarts: .....

Zorgverzekeraar: .....

Verzekerdnummer: .....



R.B.C.Z. lid: 200095R



N.F.G. lid: 9137



S.C.A.G. lid: 15902

1. Wat is uw hulpvraag en/of met welke klachten gaat u de behandeling aan?  
.....  
.....
2. Wat is het doel van de therapie?  
.....  
.....
3. Indien er sprake is van een fysieke klacht, hoe lang heeft u deze klacht?  nvt  
 ja, nl. : .....Sinds (datum): .....
4. Welke artsen heeft u geraadpleegd?  nvt  
Dr. .... huisarts te .....  
Dr. .... specialist te .....
5. Indien bekend: wat is de diagnose die de huisarts / specialist heeft gesteld?  nvt  
.....  
.....
6. Wat zijn de adviezen van uw huisarts / specialist ivm uw hulpvraag of klacht waarmee u komt?  
 nvt  
.....  
.....
7. Wat is het resultaat van de gevolgde behandelingen tot nu toe?  nvt  
.....  
.....
8. Bent u momenteel onder medische-  psychologische-   
psychiatrische behandeling ? nee
9. Welke alternatieve / additieve therapieën heeft u voor deze klacht(en) naast de reguliere  
gevolgd?  nvt  
.....
10. Gebruikt u medicijnen, ja  nee  Zo ja welke: .....
11. De cliënt stelt het wel  niet  op prijs dat informatie vooraf bij de huisarts, specialist of  
collega-therapeut wordt ingewonnen.  
Anders, namelijk: .....

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.



R.B.C.Z. lid: 200095R



N.F.G. lid: 9137



S.C.A.G. lid: 15902

## Algemene en betalingsvoorwaarden van de behandelingsovereenkomst

1. De therapeut is aangesloten bij de N.F.G. (Nederlandse Federatie Gezondheidszorg), de koepelorganisatie RBCZ (Register Beroepsbeoefenaren Complementaire Zorg) en is gehouden te handelen conform de beroepscode.
2. De therapeut heeft geheimhoudingsplicht van alles wat hem/haar uit hoofde van zijn/ haar functie bekend wordt. Deze geheimhoudingsplicht duurt ook voort na beëindiging van de therapie.
3. De cliënt verplicht zich alle, relevante informatie aan de therapeut te verstrekken.
4. Voor klachten over de behandeling kan de cliënt zich voor het klachtrecht wenden tot de N.F.G. en S.C.A.G. (Stichting Complementaire en Alternatieve Gezondheidszorg).
5. De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG of General data protection regulation (GDPR) is een Europese wet over gegevensbescherming en privacy. De wet is van kracht vanaf 25 mei 2018 en vervangt daarmee de huidige richtlijn met betrekking tot privacy. Hoe ik met uw privacy en het beheren van uw gegevens omga heb ik beschreven op mijn website: [www.annanoppen.nl/contact-info/uw-privacy](http://www.annanoppen.nl/contact-info/uw-privacy)
6. De cliënt(e) gaat akkoord met de tariefstelling van € 85,- voor het individuele consult, € 130,- voor de relatietherapie of € 150,- voor de gezinstherapie. De kosten van de behandelingen contant te voldoen of op de bankrekening. Een individuele therapie sessie duurt 50 minuten, de relatietherapie sessie 60 min en de gezinstherapie sessie 75 min.
7. **De door de therapeut toegezonden factuur dient binnen 14 dagen na verzenddatum betaald te zijn.** Bij niet betaling binnen 14 dagen na factuurdatum wordt aan de cliënt een betalingsherinnering gestuurd. De betalingstermijn na de herinnering is eveneens 5 dagen. Bij non-betaling heeft de therapeut het recht de behandeling eenzijdig op te schorten dan wel te beëindigen.
8. Voldoet de cliënt binnen 5 dagen na de datum van de betalingsherinnering niet aan zijn/haar verplichtingen, dan is de therapeut zonder nadere ingebrekestelling gerechtigd incassomaatregelen te treffen, dan wel door derden te laten uitvoeren.
9. **Afzeggen van de afspraak dient minstens 48 uur van te voren geschieden. Indien dit niet gebeurt, wordt de sessie (het hele bedrag) in rekening gebracht, ook in situaties van overmacht.**

Cliënt(e) verklaart door ondertekening deze behandelingsovereenkomst volledig en naar waarheid te hebben ingevuld en akkoord te gaan met de inhoud ervan.

Plaats: \_\_\_\_\_  
Handtekening cliënt(e):

Datum: \_\_\_\_\_  
Handtekening therapeut:



R.B.C.Z. lid: 200095R



N.F.G. lid: 9137



S.C.A.G. lid: 15902