

BEHANDEL OVEREENKOMST

Naam cliënt(e):.....M/V

Adres:.....

Telefoon:..... **Burgerlijke staat:**.....

E-mailadres:.....

Geboortedatum:..... **Telefoon:**

Huisarts:..... **Telefoon:**

Geeft therapeut toestemming te overleggen met huisarts en/of verwijzer.

Geeft therapeut toestemming te overleggen met collega W. Braakman t.b.v. duobegeleiding, deelname groepstherapie en/of collegiaal overleg.

Gaat akkoord met € per sessie (1 uur)
Betaling: achteraf nadat factuur ontvangen is.
Er zijn in principe sessies afgesproken.

Gaat akkoord met € voor het KernTalentenonderzoek incl. vervolgesprekken (1-1½ uur)
Betaling: voorafgaand aan het traject en nadat factuur ontvangen is.

Hulpvraag

.....

Heeft u hiervoor eerdere hulp gehad?

Nee/Ja.....

.....

.....

Is er ooit een diagnose gesteld? (Door wie? Welk jaar? Welke?) Nee/Ja

.....

.....

Bent u momenteel bij iemand in behandeling?

Nee/Ja.....

Gebruik van medicatie die van invloed kunnen zijn op het traject? Nee/Ja

Behandeldoel:

.....

.....

Zie behandelplan

Overige informatie die van belang is voor het therapieproces:

.....

Alle eventuele, nadelige gevolgen die voortvloeien uit het achterhouden van informatie zijn voor verantwoordelijkheid van de cliënt(e).

Ik heb notitie genomen v.d. Privacy verklaring , Algemene voorwaarden en Betalingsvoorwaarden en stem daarmee in.
Te vinden op www.braakmanvanderhooning.nl pagina TARIEVEN

Datum:

Plaats:

Handtekening therapeut(e)

Handtekening cliënt(e)