

Zorgovereenkomst inclusief Zorgplan Minderjarig

1. Personalia

Voornaam	
Achternaam, voorletters	
Geboortedatum	
Naam ouder/verzorger I: telefoonnummer:	
Naam ouder/verzorger II: telefoonnummer:	
Adres Postcode / Woonplaats	
Telefoonnummer	
Emailadres	
Startdatum van de behandeling	
Huisarts Adres Postcode/plaats	
Telefoonnummer huisarts	

2. Situatieschets

Waarom bent u op zoek naar hulp?	
Woonsituatie	
Uw dagelijkse bezigheden thuis en buitenshuis: werk , school, etc.	
Welke belemmeringen ondervindt u hierbij?	
Bijzonderheden	

3. Klacht

Indien er sprake is van een klacht, hoelang heeft u deze klacht?
Sinds (datum):

Welke artsen heeft u geraadpleegd?
S.v.p. met naam en specialisatie(s)

Indien bekend, wat is de diagnose van de huisarts / specialist?

Wat zijn de adviezen van de huisarts / specialist?

4. Voorgeschiedenis

Hoe ziet uw medische geschiedenis eruit?

Welke alternatieve / additionele therapieën heeft u voor deze klacht(en) naast de reguliere al gevolgd?

Heeft u andere lichamelijke klachten/ziektes of heeft u die gehad?

Gebruikt u medicijnen?
Zo ja, welke?

Ja/nee*

5a. Wanneer, van wie en hoe krijgt u momenteel zorg?

Bent u momenteel onder (para)medische / psychologische / psychiatrische behandeling?
Ja / nee*

Datum afspraak	Wie en wanneer	Wat wordt er gedaan?

5b. Zijn voor deze begeleiding medicijnen voorgeschreven?

Ja/nee*

Zo ja, welke?

Medicatie	Door wie voorgeschreven?	Waarvoor?

5c. Waarom is welke zorg nodig en wat gebeurt er als u deze zorg niet krijgt?

Soort zorg	Waarom?	Wat gebeurt er als je deze zorg niet krijgt?

5d. Werkzaamheden per zorgverlener/zorgaanbieder

Naam en praktijk hulpverlener	
Ziekte/beperking/handicap/probleem	
Belemmering in het dagelijks leven	
Hulpverlener werkt i.v.m. de volgende belemmering(en)	
Werkwijze/therapie/bijzonderheden	

6.Huidige situatie

Hoe slaapt u?

Gebruikt u slaapmiddelen?
Zo ja, welke?

Ja/nee*

Drinkt u alcohol?
Zo ja, wat zijn uw drinkgewoontes?

Ja/nee*

Rookt u?
Zo ja, hoeveel?

ja/nee*

Gebuikt u drugs?
Zo ja, welke en wat zijn uw
gewoontes?

Ja/nee*

Andere verslavingen of gewoontes?
Zo ja, welke?

Ja/nee*

Andere opmerkingen / nadere
informatie (eventueel onder
vermelding van bijlagen):

7. Privacy (doorstrepen wat niet van toepassing is)

De cliënt is geïnformeerd over het vastleggen van zijn of haar persoonsgegevens in de behandelovereenkomst en cliëntendossier en geeft hier **wel / niet*** toestemming voor.

De cliënt geeft **wel / niet*** toestemming om zijn/ haar persoonsgegevens te gebruiken voor communicatie per mail (o.a. facturen) en toesturen van nieuwsbrieven.

8. Informatie (doorstrepen wat niet van toepassing is)

- De cliënt stelt het **wel / niet*** op prijs dat informatie vooraf bij de huisarts, specialist of collega-hulpverlener wordt ingewonnen.
- De cliënt stelt het **wel / niet*** op prijs dat gedurende de behandeling of achteraf verslag wordt gedaan aan de huisarts en / of collega-verwijzer.
- Wanneer de cliënt verhinderd is, meld deze zich tenminste 24 uur voor de betreffende afspraak af middels mail of SMS. De behandeling wordt dan niet in rekening gebracht als therapeut bevestigd heeft dat afspraak is geannuleerd. Bij niet of te laat afmelden zal het consult in rekening gebracht worden.
- Labyrinthoss gevonden door / doorverwezen door.....

9. Betaling

- De cliënt gaat akkoord met de tariefstelling volgens de richtlijnen van de NFG. Dit geldt voor zowel het intakegesprek als de volgende behandelsessies.
- Cliënt voldoet het consult direct na afloop middels pinbetaling of contante betaling, tenzij iets anders wordt overeengekomen.

Alle eventuele, nadelige gevolgen voortvloeiende uit het achterhouden van informatie in het medisch dossier bij de huisarts of anderszins, zijn voor verantwoordelijkheid en rekening van de cliënt.

Op deze begeleidingsovereenkomst zijn de algemene voorwaarden van Labyrinthoss van toepassing. Bij ondertekening gaat u akkoord met de privacyverklaring en Algemene voorwaarden van Labyrinthoss, en weet u dat de huisarts op de hoogte wordt gebracht van start en einde van de behandeling.

De privacyverklaring en de algemene voorwaarden zijn te vinden op de website van Labyrinthoss www.Labyrinthoss.nl.

Hantekening cliënt of officieel vertegenwoordiger	
Datum en plaats	

Indien cliënt jonger dan 18 jaar, tevens de handtekening van ouder(s) en/of verzorger(s).
(zie volgende pagina)

Naam en handtekening(en) van ouder(s) en/of verzorger(s):

**Cliënten v.a. 12 jaar zijn verplicht om een handtekening te zetten.

Indien cliënt minderjarig is dienen ouder(s) en /of verzorger(s) aanwezig te zijn bij de behandeling. Wanneer ouders en/of verzorgers ermee instemmen dat de behandeling zonder hun aanwezigheid plaatsvindt, dienen zij hiervoor hun handtekening te zetten:

Naam ouder(s) en/of verzorger(s):

Handtekening(en):

Overige aantekeningen: