



**Ellie Keizer, M.Sc.**  
**Praktijk voor Gestalt-psychotherapie**

Pieter Belsstraat 4  
5961 DW Horst aan de Maas

Jhr. van Karnebeekweg 6a  
Unit 7  
2982 VL Ridderkerk

mobiel: 06 - 11 53 51 06  
fax: 084 - 747 35 35  
e-mail: [ejkeizer@planet.nl](mailto:ejkeizer@planet.nl)  
website: [www.ikzoekeentherapeut.info](http://www.ikzoekeentherapeut.info)  
[www.ikzoekencoach.info](http://www.ikzoekencoach.info)

**Lid van de NAP, de NVAGT en de EAGT**

KvK Rotterdam 24436652

**AGB-code zorgverlener:** 90-036704 / 94-010113

**AGB-code praktijk:** 90-15403 / 94-58288

## Behandelingsovereenkomst

### 1. Personalia cliënt(e)

Voornamen en achternaam: \_\_\_\_\_

Roepnaam: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Straat en huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Vaste telefoon: \_\_\_\_\_ Mobiel: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Geslacht:  Man  Vrouw Burgerlijke staat: \_\_\_\_\_

Beroep en werkadres: \_\_\_\_\_

### 2. Gegevens huisarts

Huisarts: \_\_\_\_\_ adres: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoon huisarts: \_\_\_\_\_

Geeft u toestemming informatie in te winnen bij uw huisarts en/of verwijzer?

Nee  Ja

Geeft u toestemming na afloop van de behandeling de huisarts en/of verwijzer te informeren?

Nee  Ja

### 3. Aard van de problematiek

1. Welk probleem heeft u, hoe lang bestaat dit probleem en wat is uw hulpvraag?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Heeft u ook andere klachten (fysiek/emotioneel)

Nee  Ja, nl.: \_\_\_\_\_

Sinds wanneer heeft u deze klachten? \_\_\_\_\_

3a. Welke artsen heeft u geraadpleegd? \_\_\_\_\_

Huisarts  Specialist  Psychiater

3b. Heeft u ook andere hulpverleners geraadpleegd?

Nee  Ja, nl: \_\_\_\_\_

3c. Diagnose gesteld door:  Huisarts  Specialist  Psychiater  Andere hulpverlener

Diagnose: \_\_\_\_\_

4a. Bent u al eerder in behandeling geweest voor dit probleem?

Nee  Ja, bij : \_\_\_\_\_ op (datum): \_\_\_\_\_

4b. Wat is het resultaat van de gevolgde behandelingen tot nu toe?

\_\_\_\_\_

4c. Bent u momenteel onder medische, psychologische en/of psychiatrische behandeling?

Nee  Ja, bij : \_\_\_\_\_

4d. Gebruikt u medicijnen?

Nee  Ja, nl. : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Voorgescreven door:  Huisarts (H)  Specialist (S)  Psychiater (P)

5. Andere informatie die van belang kan zijn voor de behandeling:

\_\_\_\_\_

Eventuele nadelige gevolgen die voortvloeien uit het achterhouden van relevante informatie in het medisch dossier van de huisarts zijn voor verantwoordelijkheid van cliënt(e).

#### **4. Betalingsvoorwaarden en gespreksrichtlijnen;**

1. Een consult duurt 1 uur en kost € 62,- (incl. 21% btw). Van zowel de therapeut als de cliënt(e) wordt verwacht dat zij zich houden aan de afgesproken tijden.
2. Betaling van consulten vindt in contanten of door middel van een PIN betaling plaats na ieder consult, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen.
3. Bij non-betaling heeft de therapeut het recht de behandeling eenzijdig op te schorten dan wel te beëindigen.
4. **Een afspraak die bij verhindering door de cliënt(e) niet minimaal 24 uur van tevoren is afgezegd, wordt volledig in rekening gebracht.**
5. Een gesprek tussen therapeut en cliënt(e) is altijd strikt vertrouwelijk. Informatie die de therapeut heeft verkregen vanuit een sessie zal nimmer met derden gedeeld worden zonder uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van de cliënt(e).
6. De therapeut neemt geen geschenken aan van de cliënt(e)
7. Er wordt tijdens een sessie niet gerookt.
8. Zowel door de therapeut als de cliënt wordt kort voor de sessie geen alcoholische drank genuttigd.

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

Plaats: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening cliënt(e):

Handtekening therapeut:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_