



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

Pieter Belsstraat 4
5961 DW Horst aan de Maas

van Beethovenstraat 2-B
2983 BV Ridderkerk

mobiel: 06 - 11 53 51 06
fax: 084 - 747 35 35
e-mail: ejkeizer@planet.nl
website: www.ikzoekeentherapeut.info
www.ikzoekeencoach.info

Lid van de NVAGT en de EAGT

KvK Rotterdam 24436652

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

AGB-code praktijk: 90-15403 / 94-58288 / 41414875

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 € 65,- (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). Bij informatieverstrekking in het kader van relatietherapie wordt uitsluitend informatie gegeven als beide partners schriftelijk toestemming geven.
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:
