

Behandelovereenkomst Kinderoefentherapie

Naam:	
Geboortedatum:	
Mobiel nummer:	

Ik, ouder/verzorger van (geb.datum--.....) verleen toestemming voor het verstrekken van informatie over mijn zoon/ dochter*, het opvragen en uitwisselen van informatie en het geven van advies aan de volgende disciplines, zoals**:

- School/huisarts/specialist, naam...
- Fysiotherapie
- Logopedie
- Psychologie
- Leerkracht / Intern Begeleider
- ...

Ik verleen wel/ geen* toestemming voor het gebruiken van de onderzoeks- en behandelresultaten/ maken van foto- en filmmateriaal van mijn zoon/ dochter* ten behoeve van onderzoek en studie.

Wel toestemming Geen toestemming

Ik verleen wel/geen toestemming voor het (digitaal) verzenden van een rapportage aan ouders/verzorgers of hierboven aangegeven disciplines

Het digitaal verzenden gebeurt middels beveiligde mail, via Zorgmail hosted mail, dit is gekoppeld aan uw mobiele nummer, waardoor er een 2 factor authenticatie plaats vindt. Hiermee voldoen wij aan de AVG wet.

Wel toestemming Geen toestemming

Indien u bij verhindering tenminste 24 uur van tevoren afzegt, wordt de gereserveerde tijd niet in rekening gebracht. Deze regel is ook van kracht indien de behandelingen elders plaats vinden dan in de praktijk. Bij afzeggen binnen de 24 uur zijn wij genoodzaakt 75% van de kosten van de behandeling bij u persoonlijk in rekening te brengen.

Ik verklaar

- De juiste informatie te hebben gegeven aan (Kinder-) OEFENTHERAPIE Drachten betreffende eerder ondergane behandelingen in hetzelfde kalenderjaar. Mocht u dit kalenderjaar al elders in de 1^e lijn oefentherapie en/of fysiotherapie hebben gehad dan horen wij dit graag i.v.m. vergoedingen.
- Te zijn geïnformeerd over de geldende klachtenregeling (zie website en informatiemap op de praktijk)

Datum: Handtekening:

* Doorhalen wat niet van toepassing is.
** S.v.p. aanvinken wat van toepassing is.

**Door het invullen van uw
volledige naam ondertekent
u dit document**

Instemming behandelplan

Ik ben door de (Kinder-) Oefentherapeut op de hoogte gebracht van de onderzoeksresultaten.

Dit vindt plaats aan de hand van het verslag van het (motorisch) onderzoek.

In overeenstemming met mij zijn de behandel doelstellingen voor mijn zoon/ dochter* bepaald.

Ik ben voldoende geïnformeerd over de inhoud van de behandeling en ga wel/ niet* akkoord met de behandel doelstellingen en de behandeling. De doelstellingen zijn te vinden in het digitale dossier van de therapeut.

Wel akkoord Niet akkoord

Eventueel extra overeengekomen afspraak:

-
- Bij behandeling op school zijn ouders/verzorgers in ieder geval aanwezig bij de intake, anamnese en onderzoek evenals bij het afstemmen van het behandelplan en de tussen- en evalueaties. Daarnaast zijn ouders/verzorgers frequent aanwezig bij de behandeling om een goede overdracht naar de thuissituatie mogelijk te maken. De benodigde frequentie van aanwezigheid wordt met de behandelend therapeut besproken. Voor het behalen van deze doelstellingen is het noodzakelijk om 2/3 per week te oefenen samen met mijn kind. Samen met de Kinderoefentherapeut ondersteun ik dit leerproces.

Datum:

.....

Plaats:

.....

Naam:

.....

Handtekening:

.....

Door het invullen van uw volledige naam ondertekent u dit document