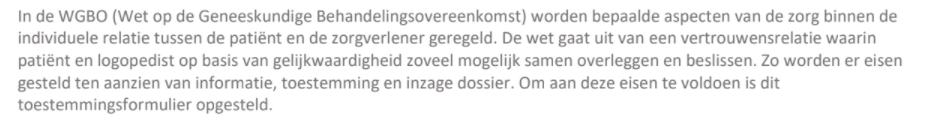


# **Behandelovereenkomst en toestemmingsverklaring**



Hierbij verklaart de heer / mevrouw / ouder / verzorger van \*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Geboren………………………………………………………………………………………………………………………………..

Toestemming te geven aan de behandeld logopedist:

* Voor het uitvoeren van logopedisch onderzoek. **ja/nee**
* Voor de uitvoering van de logopedische behandeling. **ja/nee**
* Voor de informatie-uitwisseling ten behoeve van de behandeling, **ja/nee**

zowel mondeling als beveiligd elektronisch schriftelijk, met:

verwijzer / huisarts / specialist / fysiotherapeut / school / anders\*, nl………………………………………..

* Voor het delen van het dossier van uw kind met de kinderfysiotherapeut indien het kind ook daar onder behandeling is. **ja/nee**
* Voor het doorgeven van uw mailadres ten behoeve van het klanttevredenheidsonderzoek (Qualiview). Wij zijn door de zorgverzekeraars verplicht om dit op jaarlijkse basis naar onze cliënten te versturen. . **ja/nee**
* Voor het inzien van cliëntgegevens ten behoeve van interne en externe audits. **ja/nee**
* Voor het inzetten van ouderparticipatie inclusief het aanwezig zijn van minimaal 50 % van de behandelingen of wanneer dit door omstandigheden niet kan, in overleg met de therapeut actief op andere manieren betrokken bent bij de behandeling (o.a. in de vorm van on-line overleg). . **ja/nee**
* Om bij afwezigheid van de vaste therapeut in te stemmen met de waarneming van een daartoe bevoegde collega logopedist. **ja/nee**
* Voor de aanwezigheid en inzet van stagiaires. **ja/nee**
* Voor het maken van audio en/of video-opnames, met als doel deze te gebruiken voor eigen onderzoek en/of behandeling. (Indien wij gebruik willen maken van de opnames voor onderwijs of scholingsactiviteiten binnen onze eigen praktijk vragen wij daar apart uw toestemming voor). . **ja/nee**

U verklaart op de hoogte te zijn van:

* De betalingsvoorwaarden;
* Het feit dat u een afspraak minimaal 24 uur van te voren af dient te zeggen bij verhindering. Bij latere afzeggingen brengen wij 100% van het behandeltarief in rekening;
* De verplichte bewaartermijn van de patiëntgegevens (20 jaar na het achttiende levensjaar);
* De klachtenprocedure.
* Zie voor informatie over bovenstaande de website [www.spraakmakendflakkee.nl](http://www.spraakmakendflakkee.nl)

\*doorhalen wat niet van toepassing is

Naam: …………………………………………. Handtekening: ………………………………………….

(vanaf 12 jaar gezamelijke toestemming, vanaf 16 jaar zelf tekenen)