

Behandel- en betalingsovereenkomst / Toestemmingsformulier (Kinder)fysiotherapie

De volgende gegevens zijn voor ons van belang:

Geslacht: man vrouw

Voor- en achternaam patiënt(e):.....

Geboortedatum patiënt(e):.....

Naam ouder(s) / verzorger(s):.....(indien van toepassing)

Adres:.....

Postcode:..... Woonplaats:.....

Emailadres:.....

Telefoonnummer:..... GSM nummer:.....

Huisarts:.....

BETALINGSOVEREENKOMST

De declaraties voor de geleverde zorg worden, indien mogelijk, rechtstreeks bij uw zorgverzekeraar ingediend. Indien rechtstreeks declareren bij uw zorgverzekeraar niet mogelijk of wenselijk is, wordt de nota naar u persoonlijk gestuurd.

Hierbij ga ik er **WEL** mee akkoord dat de declaratie, indien mogelijk, rechtstreeks naar de zorgverzekeraar gaat.

Hierbij ga ik er **NIET** mee akkoord dat de declaratie rechtstreeks naar de zorgverzekeraar gaat.

*Afspraken, die U niet kunt nakomen, dient U minimaal **24 uur** van te voren af te zeggen, anders wordt de gereserveerde tijd bij u in rekening gebracht middels een nota. Behandelingen die gegeven zijn en **NIET VERGOED** worden, zijn uw eigen risico en dienen door u betaald te worden.*

BEHANDELOVEREENKOMST

Om informatie uit het dossier aan derden te kunnen verstrekken en informatie bij derden op te vragen, heeft de (kinder)fysiotherapeut(e) toestemming nodig.

Ik ga akkoord met het verstrekken van informatie aan of het opvragen van informatie van*:

Specialist

Huisarts

School

Andere behandelaars

Andere instellingen voor de gezondheidszorg

Anders:.....

**aankruisen wat van toestemming is.*

PATIENT-TEVREDENHEID ENQUÊTE

Als praktijk willen wij optimale kwaliteit bieden en laten ons dan ook graag toetsen door ons eigen beroepsgroep en zorgverzekeraars of wij aan de kwaliteitseisen voldoen. Daar hebben wij uw hulp bij nodig:

Hierbij ga ik er **WEL** mee akkoord, dat er een patiënt-tevredenheid enquête elektronisch via de email naar mij wordt toegestuurd, met het verzoek om deze enquête in te vullen.

Hierbij ga ik er **NIET** mee akkoord, dat er een patiënt-tevredenheid enquête elektronisch via de email naar mij wordt toegestuurd, met het verzoek om deze enquête in te vullen.

Datum:.....

Plaats:.....

Handtekening ouder(s) / verzorger(s):.....

Handtekening ouder(s) / verzorger(s):.....

Indien van toepassing:

Handtekening kind:.....

(vanaf 12 jaar gezamenlijke toestemming, vanaf 16 jaar alleen toestemming)