

Naam:

Adres:

Woonplaats:

Geb. Datum:

BSN:

Email-adres:

*** Verklaart toestemming te hebben gegeven aan de praktijk om:**

- Gedurende de looptijd van het behandeltraject, indien nodig, relevante medische gegevens op te (laten) vragen en rapportages te sturen naar uw huisarts, arbo-arts, schadeverzekering en/of specialist.
- Uitvoering te geven aan het behandelplan zoals besproken tussen u en de therapeut.
- Bereidheid indien nodig vragenlijst(en) in te vullen.

*** Kwaliteit dienstverlening:** iedere therapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteits Register Oefentherapie.

*** Niet nagekomen afspraken** worden u in rekening gebracht, tenzij u minimaal 24 uur van te voren heeft afgemeld. Zie de **betalingsvoorwaarden**.

*** Indien behandelingen niet voor vergoeding bij uw zorgverzekeraars**(met alle zorgverzekeraars zijn er contracten afgesloten) in aanmerking komen, worden deze bij u in rekening gebracht. Check uw aanvullende verzekering! Er is een **prijslijst** aanwezig.

*** Er is een klachtenregeling** aanwezig, deze is op te vragen bij de praktijk. Probeer u het eerst te overleggen met uw oefentherapeut als u een klacht heeft.

*** Er is een Privacy Reglement en praktijkafspraken**, u kan dit altijd inzien.

*** U kan altijd inzage in uw eigen dossier** hebben.

*** De praktijk aanvaardt geen aansprakelijkheid voor verloren eigendommen, schade, letsel, ongeval of daaruit voortvloeiende gevolgen.**

Cuijk, datum:

Naam + handtekening cliënt:

Naam+ handtekening therapeut: