|  |
| --- |
| **Behandelovereenkomst Kinderfysiotherapie Sam-Sam**  Hierbij verklaart de heer / mevrouw\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_  Ouder(s) / verzorger(s) van: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geboren\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Toestemming te geven aan de behandelend kinderfysiotherapeut voor het opvragen en uitwisselen van informatie ten behoeve van de behandeling met de huisarts / specialist / jeugdarts / leerkracht / schoolbegeleidingsdienst / logopedie / ergotherapie / maatschappelijk werk / anders \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*; * Toestemming te geven voor het (digitaal) verzenden van rapportage; * In te stemmen met het samengestelde en besproken behandelplan; * Indien behandeling plaatsvindt op school, daarvoor toestemming gegeven te hebben en op de hoogte te zijn van het feit verantwoordelijk te zijn voor het tijdig afzeggen van afspraken. * De juiste informatie te hebben gegeven aan de behandelend fysiotherapeut inzake eerder ondergane behandeling(en) fysiotherapie in hetzelfde kalenderjaar; * Op de hoogte te zijn van het feit dat bij niet tijdig (24 uur van tevoren) afzeggen van de behandeling, deze niet in rekening gebracht kan worden bij de zorgverzekeraar. Deze behandeling wordt dan bij u in rekening gebracht tegen het daarvoor geldende tarief (zie wachtruimte en website). * Te zijn geïnformeerd over de geldende klachtenregeling van het KNGF.   Aldus getekend te \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d.d. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Handtekening patiënt/ ouder/ wettelijke vertegenwoordiger\*:  \* doorhalen wat niet van toepassing is  *De verleende toestemming kan te allen tijde schriftelijk door de betrokkenen worden ingetrokken* |