LOGOPEDIEPRAKTIJK REIGERSBOS

M.G. van Cimmenaede
N.P.J. den Ouden-van Heerde
C.L.M. Truijens
M.G.A. Swildens-van der Lee

Peursumstraat 44
1106 BV Amsterdam Z.O.
T: 020 – 697 72 44
E: info@logopediereigersbos.nl
W: www.logopediereigersbos.nl
KvK: 34377504

BEHANDELOVEREENKOMST

Voor een goed verloop van de behandeling willen wij u graag vooraf informatie geven en enkele afspraken met u maken.
Bij het eerste bezoek vragen wij u mee te nemen:

- Een verwijsbrief van de huisarts, specialist, orthodontist of tandarts.
- Een geldig legitimatie bewijs.

Wij vragen u veranderingen zoals wijziging in uw adres, telefoonnummer, huisarts en/of verzekering zo snel mogelijk aan ons door te geven.

Betaling
Logopedie valt onder de basisverzekering. Bepaalde zorgverzekeraars vergoeden ons de behandelingen rechtstreeks. Zo niet dan zullen wij aan het einde van de maand een rekening sturen die u zelf kunt indienen bij uw zorgverzekeraar. De uiteindelijke vergoeding is afhankelijk van uw polisvoorwaarden. Vanaf de leeftijd van 18 jaar valt logopedie onder de wet op het eigen risico.
De behandelingen vinden plaats volgens afspraak en dienen bij verhindering **minimaal 24 uur van te voren telefonisch te worden afgezegd**. Afzeggen via mail of sms is niet mogelijk.
Bij ziekte kunt u de afspraak voor 8:00 uur op dezelfde dag telefonisch afzeggen. Na 8:00 uur wordt de gereserveerde tijd in rekening gebracht.
Wanneer u een afspraak niet of niet correct annuleert, ontvangt u van ons een verzuimnota**,** die u zelf moet voldoen. De verzekering vergoedt dit niet.
Het tarief voor de niet nagekomen afspraken bedraagt **€ 39,00** per half uur. In de wachtkamer vindt u de uitgebreide betalingsvoorwaarden.

Behandelafspraken

- Een behandeling duurt maximaal 25 minuten. Alle taken m.b.t. de cliënt moeten door de behandelend logopedist in de behandeltijd voldaan worden. Dit betekent dat een behandeling soms na 20 minuten wordt afgesloten i.v.m. administratieve werkzaamheden (verslaglegging, onderzoeksresultaten uitwerken, contact opnemen met derden). Dit zal van tevoren met u worden besproken.
- Te laat afgezegde of niet nagekomen afspraken worden bij u in rekening gebracht (zoals hierboven beschreven).
- Van u verwachten wij een actieve deelname en het opvolgen van adviezen in het belang van het effect van de behandeling. Het kan tevens in belang van de behandeling noodzakelijk zijn met andere deskundigen overleg te hebben. Wij vragen hiervoor uw toestemming in de bijlage.

Het origineel van deze overeenkomst wordt in het dossier bewaard en een kopie van het originele exemplaar is voor uzelf.

- Behandelverslagen worden met uw toestemming naar uw arts en/of verwijzer gestuurd en met uw toestemming mogelijk ook aan andere directe betrokkenen. Eventuele audio- en video-opnamen worden alleen voor behandeldoeleinden gebruikt.

Vragen en klachten
Bij vragen over de behandeling of de wijze waarop de behandeling wordt gegeven, kunt u altijd bij ons terecht. Ook als dat een klacht over de logopedist of de therapie betreft. Bij klachten verwijzen wij ook naar de folder 'klachtenregeling' die in de wachtkamer te vinden is. Lukt het niet om tot een goede oplossing te komen dan kunt u terecht bij de Klachten- en geschillenregeling Paramedici. Onze praktijk is hierbij aangesloten. Op: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/inhoud/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg kunt u meer lezen over de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

Bereikbaarheid
Voor het maken en afzeggen van een afspraak is de praktijk altijd telefonisch bereikbaar. Bij afwezigheid of drukke bezigheden nemen wij de telefoon niet op en vragen wij u de **voicemail** in te spreken onder vermelding van uw naam en telefoonnummer en de naam van de logopedist voor wie u belt. We verzoeken u om na het afzeggen zelf contact op te nemen met de logopedist om een nieuwe afspraak te maken.

Mijn werkdagen zijn maandag / dinsdag / woensdag / donderdag / vrijdag.

Wij hopen op een prettige samenwerking.

Ik (naam volwassene) _____ ben op de hoogte van de verkorte betalingsvoorwaarden en zal mij houden aan de gemaakte afspraken.

Door ondertekening verklaart u met de inhoud van deze overeenkomst akkoord te gaan.
Ook verklaart u akkoord te gaan met onze Privacy Policy (zie website).

Datum: _____

Naam cliënt: _____ Naam logopedist: _____

Handtekening cliënt /ouders: Handtekening logopedist:

_____ _____

Het origineel van deze overeenkomst wordt in het dossier bewaard en een kopie van het originele exemplaar is voor uzelf.

TOESTEMMING VOOR HET UITWISSELEN VAN GEGEVENS

Volgens de wet hebben wij uw toestemming nodig om mondeling en/of schriftelijk informatie en gegevens uit te wisselen met uw arts/verwijzer en andere deskundigen. Wij doen dit alleen met het doel om de logopedische begeleiding en behandeling van u of uw kind zo goed mogelijk te kunnen laten verlopen.

Door ondertekening verklaart u hiermee akkoord te gaan.

Datum:_____

Naam cliënt:_____

Handtekening cliënt/ouders/wettelijke vertegenwoordigers:

_____

Het origineel van deze overeenkomst wordt in het dossier bewaard en een kopie van het originele exemplaar is voor uzelf.