

Aanvullende behandelovereenkomst voor de behandeling van kinderen of volwassenen met een verstandelijke beperking.

Naam cliënt: _____ m/v
Adres: _____
Postcode en plaats: _____
Geboortedatum: _____

Verklaring:

-	U bent als ouder(s) ¹ bekend met de werkwijze van de Reflexzonetherapie en geeft toestemming voor het behandelen van uw zoon/dochter.	Ja/nee
-	U verstrekt als ouder(s) aan mij, als therapeut alle voor de behandeling van belang zijnde informatie, zoals aanwezig in het medisch dossier van huisarts/specialist of andere behandelaars van uw zoon/dochter.	Ja/nee
-	U gaat als ouder(s) akkoord met de tariefstelling van € 30,00 voor de behandeling. Afzeggen van de afspraak dient tenminste 24 uur van tevoren. Indien u de afspraak niet of te laat afzegt, kan de behandeling in rekening worden gebracht.	Ja/nee
-	Ik ben als therapeut gehouden aan de wettelijke regel dat voor kinderen onder de 16 jaar beide ouders (indien zij beiden het ouderlijk gezag hebben) akkoord moeten gaan met de therapie. In het geval van ondertekening door één van de gezaghebbende ouders, draagt deze er zorg voor dat de andere ouder wordt geïnformeerd over de therapie en hier zijn/haar toestemming voor geeft door ondertekening van de behandelovereenkomst. Hij/zij gaat ermee akkoord dat, indien de andere ouder op enige wijze bezwaren maakt tegen de therapie hij/zij de consequenties daarvan op zich neemt. Ik kan als therapeut hier niet verantwoordelijk voor worden gehouden.	

Datum: _____ Plaats: _____

Naam : _____ handtekening

Naam : _____ handtekening

¹ De term ouder omvat ook de niet-biologische ouder van het kind, indien u als verzorger (tijdelijk) de ouderlijk macht heeft.