

## Behandelovereenkomst APS therapie

### PERSOONSgegevens

Naam cliënt: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Mobiel nummer: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ E-mailadres: \_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_ Polisnummer: \_\_\_\_\_

Huisarts: \_\_\_\_\_ Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Privé-contactpersoon: \_\_\_\_\_

Relatie: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Mobiel nummer: \_\_\_\_\_

Omschrijving van de klachten:

---

---

---

---

Medicijnen:

---

---

---

---

Op \_\_\_\_\_, zijn de heer/mevrouw \_\_\_\_\_, verder te noemen cliënt(e) en Mariska van Erk, verder te noemen APS-therapeut overeengekomen door middel van APS-therapie de bovengenoemde klacht(en) te behandelen.

De cliënt(e) kan zonder opgaaf van redenen deze overeenkomst eenzijdig beëindigen. De APS-therapeut kan deze overeenkomst beëindigen, als redelijkerwijs van haar niet kan worden verwacht, dat zij de overeenkomst voortzet. Deze overeenkomst wordt ook beëindigd, wanneer de cliënt(e) en APS-therapeut dit samen overeenkomen.

De APS-therapeut heeft cliënt(e) voorafgaand aan de APS behandeling geïnformeerd over:

- \* de APS-behandeling
- \* de contra-indicaties voor APS
- \* het klacht- en tuchtrecht van zijn/haar beroepsvereniging BVAT
- \* haar geheimhoudingsplicht
- \* het bijhouden van een dossier en de bewaartermijn van 15 jaar van het dossier
- \* het recht het dossier te mogen bekijken en een kopie te ontvangen
- \* het feit dat anderen het dossier niet mogen bekijken
- \* de algemene voorwaarden

De APS-therapeut heeft cliënt(e) voorafgaand aan de APS behandeling geïnformeerd over de contra-indicaties voor een APS-behandeling:

- \* Elektrische implantaten, zoals een pacemaker
- \* Epilepsie
- \* Kanker
- \* Leeftijd jonger dan 2 jaar
- \* Zwangerschap
- \* Hart- of herseninfarct (in de drie maanden voorafgaand aan de APS behandeling)
- \* Acute trombose

De cliënt(e) verklaart door het plaatsen van een handtekening, dat:

- \* hij/zij toestemming geeft voor de behandeling
- \* hij/zij voor zover hij/zij weet aan geen enkele van de hierboven beschreven contra-indicaties lijdt
- \* hij/zij de APS-therapeut(e) naar zijn/haar beste weten zal informeren als een contra-indicatie of een wijziging in de medische situatie optreedt
- \* hij/zij bekend is met de algemene voorwaarden

Plaats: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening cliënt(e): \_\_\_\_\_ Handtekening therapeut: \_\_\_\_\_