

Aanvullende Behandelovereenkomst;

dec2018

- Voor het behandelen van kinderen
- Voor het behandelen van kinderen/ volwassenen met verstandelijke beperking

Naam kind/ volwassen:..... M/V

Adres:.....

Postcode en Plaats:.....

Geboortedatum:.....

Verklaring:

U bent als ouder(s) bekend met de werkwijze van de Reflexzonetherapie en geeft Toestemming voor de behandeling van uw zoon/dochter De term ouder omvat ook; - niet-biologische ouder van het kind indien u als verzorger (tijdelijk)de ouderlijke macht heeft - curator/ mentor van kinderen/ volwassenen met een beperking	Ja/ Nee
U verstrekt als ouder(s) aan de therapeut alle voor de behandeling van belang zijnde informatie, zoals aanwezig in het medische dossier van huisarts/specialist of andere behandelaars van het kind/ kind-volwassen met beperking	Ja/ Nee
U gaat als ouder(s) akkoord met de tariefstelling en betalingsvoorwaarde, omschreven op mijn website onder tarief en informatie.	Ja/ Nee
De therapeute is gehouden aan de wettelijke regel dat voor kinderen onder de 16 jaar beide ouders (indien ze beide het ouderlijke 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. De therapeut kan hier niet verantwoordelijk voor worden gehouden.	Ja/ Nee

Datum:.....

Plaats:

Naam:.....

Handtekening:.....

Naam:.....

Handtekening:.....