

## Behandelovereenkomst logopedie

Naam cliënt : .....

Geboortedatum: .....

**Hierbij verklaar ik dat ik op de hoogte ben van de betalingsvoorwaarden, de praktijkregels, toestemmingsverklaring, informatie-uitwisseling met derden, de bewaartermijnen van patiëntgegevens, het klantervaringsonderzoek, en de kwaliteitstoets.**

Hierbij verleen ik toestemming om gegevens uit te wisselen met:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Huisarts                   | <input type="checkbox"/> School/peuterspeelzaal/ kinderdagverblijf | <input type="checkbox"/> CB-arts/jeugdarts  |
| <input type="checkbox"/> Integrale vroeghulp        | <input type="checkbox"/> KNO-arts                                  | <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut     |
| <input type="checkbox"/> Tandarts/orthodontist      | <input type="checkbox"/> Psycholoog                                | <input type="checkbox"/> collega logopedist |
| <input type="checkbox"/> jeugdverpleegkundige       |  |   |
| <input type="checkbox"/> overige betrokkene(n)..... |  |   |

Ik doe dit alleen met het doel om de logopedische begeleiding en behandeling van u of uw kind zo goed mogelijk te kunnen laten verlopen.

**Na het bespreken van het logopedisch onderzoek en behandelplan zal ik me houden aan de gemaakte afspraken om de behandeling zo goed mogelijk te laten verlopen.**

**Wanneer ik van verzekering verander, stel ik de logopedist daar direct van op de hoogte. Door ondertekening verklaart u met al het bovenstaande akkoord te gaan.**

**O Aan het eind van de behandeling mag een uitnodiging voor een tevredenheidsonderzoek gemaald worden.**

Plaats: ..... Datum: .....

Handtekening(en) cliënt/ouders/wettelijke vertegenwoordigers:

.....

Naam logopedist: Cobi Sijbinga

Handtekening: .....