



VLCounseling  
Van der Straatenplein 2a  
3271 SH  
Mijnsheerenland  
[www.vlcounseling.nl](http://www.vlcounseling.nl)

T: 085-8771841  
M: 06-10266452

[info@vlcounseling.nl](mailto:info@vlcounseling.nl)

## Behandelingsovereenkomst Psychotherapie Jongeren

### *Gegevens therapeut:*

**Naam therapeut:** Ruud van Lent  
**Adres:** Van der Straatenplein 2a  
**Postcode en plaats:** 3271 SH Mijnsheerenland  
**Telefoon:** 085-8771841  
**AGB-code:** 94101035  
**AGB-code praktijk:** 90-015662

### *Gegevens cliënt:*

**Naam:**

---

**Adres:**

---

**Postcode:**

---

**Plaats:**

---

**Geboortedatum:**

---

**Geboorteland:**

---

**Telefoon:**

---

**e-mail adres:**

---

B.T.W. vrijstelling:  
VLCounseling voldoet  
aan de voorwaarden van  
besluit van 29 maart  
2016, BLKB 2016/433M,  
behorende bij artikel 11,  
lid 1- Omzetbelasting.

VLCOUNSELING  
AGB code praktijk 90-015662  
S.C.A.G. 12924

KVK nummer 24368013  
IBAN NL98RABO0101482310

NAP 210019  
RBCZ 103067R  
VIT 225-7A



**Huisarts:**

---

**Adres huisarts:**

---

**Zorgverzekeraar:**

---

**Verzekerdnummer:**

---

**BSN (voorheen sofinr):**

---

***Gegevens ouders:***

Naam Moeder:  
Geboortedatum moeder:  
bij ander adres als client:

handtekening toestemming therapie van moeder:

Naam Vader:  
geboortedatum vader:  
bij ander adres als client:

handtekening toestemming therapie van vader:

situatie ouders: gehuwd / gescheiden / anders?

Mening ouders over klachten:



***Hulpvraag cliënt:***

**Wat is/zijn de klacht(en)? Hoelang bestaat dit al?**

**Wat is de hulpvraag?**

**Wat is het doel van de therapie, waaraan wordt afgemeten in hoeverre de therapie succesvol zal zijn?**

**Welke artsen zijn er geraadpleegd?**

Dr.....  
.....

Huisarts te

Dr.....  
.....

Specialist te

**Indien bekend, wat is de diagnose van de huisarts / specialist?**

**Wat zijn de aanwijzingen van de huisarts / specialist?**

**Wat is het resultaat van de gevolgde behandelingen/therapieën tot nu toe (reguliere en alternatieve therapieën)?**

**Gebruikt u medicijnen? JA/NEE                      Zo ja, welke?**

**Was u in het verleden, of bent u momenteel onder psychologische / psychiatrische behandeling? JA/NEE**

**Indien JA, naam (vorige) therapeut / specialist::**

**Cliënt stelt het WEL / NIET op prijs dat informatie vooraf bij de huisarts / specialist / collega therapeut wordt ingewonnen.**

**Cliënt stelt het WEL / NIET op prijs dat gedurende de behandeling of achteraf verslag wordt gedaan aan de huisarts of aan collega-verwijzer.**

**Eventuele nadere informatie in het belang van de therapie:**



**Kwaliteitsonderzoek beroepsvereniging:**

Mocht u mee anoniem mee willen doen met het kwaliteitsonderzoek van de beroepsvereniging (over de behandeling en behandelaar) vermeldt dan uw mailadres, zodat u verder anoniem benadert kan worden via de mail.

mailadres:

Cliënt realiseert zich dat het niet verstrekken van informatie, zoals aanwezig in het medisch dossier van arts / specialist of andere behandelaars, terwijl deze informatie wel bekend is bij de cliënt, kan leiden tot eventueel nadelige gevolgen, waarvoor de cliënt in dit geval zelf verantwoordelijkheid is.

Datum.....

Plaats .....

**Handtekening therapeut:**

**Handtekening cliënt:**

.....

.....

**Voor klachten over de behandeling kunt u terecht bij diverse klacht en tuchtcolleges (zie website [www.vlcounseling.nl](http://www.vlcounseling.nl))**

**ALGEMENE BETALINGSVOORWAARDEN volgens de NEDERLANDSE ASSOCIATIE VOOR PSYCHOTHERAPIE.**

Artikel 1.

Deze betalingsvoorwaarden zijn van toepassing op alle behandelovereenkomsten tussen de therapeut en de cliënt.

Artikel 2.

De cliënt gaat akkoord met de tariefstelling van € 95,00 ( index 2015) per uur psychotherapie. De cliënt ontvangt en betaalt de nota voor therapie aan de therapeut, tenzij uitdrukkelijk overeengekomen is dat de therapeut de nota declareert bij de zorgverzekeraar van cliënt.

Artikel 3.

Afspraken dienen uiterlijk 24 uur voor het tijdstip van de behandeling geannuleerd worden. Bij niet-annuleren of bij annulering binnen 24 uur voor de afspraak is de therapeut gerechtigd de gereserveerde tijd naar redelijkheid en billijkheid aan de cliënt in rekening te brengen.

Artikel 4.

De door de therapeut aan de cliënt gedeclareerde kosten voor de behandeling dienen door de cliënt direct na iedere sessie met uw pinpas worden betaald.

Artikel 5.

Mocht de client niet in staat zijn met de pinpas te betalen, dan kan er contant afgerekend worden. Mocht de pinpas niet functioneren, dan kan er gesproken worden over een betalingsovereenkomst door overboeking op de bankrekening binnen 14 dagen na factuurdatum.

Artikel 6.

Mocht er na veertien dagen niet betaald zijn, dan houdt therapeut zich het recht voor te incasseren volgens de wettelijke bepalingen over wanbetalingen en kan de therapeut een incassobureau de opdracht geven.

Artikel 6.

Bij betalingsachterstand is de therapeut gerechtigd - tenzij de behandeling zich hiertegen verzet – verdere behandeling op te schorten totdat de cliënt aan zijn/haar betalingsverplichtingen heeft voldaan.

===