



Drs. R.M. Moerkens,

**GZ-psycholoog BIG 99050424225
 psychotherapeut BIG 09050424216
 gedragstherapeut/ supervisor VGCT,
 schematherapeut/ supervisor VST**

Behandelovereenkomst Psychotherapie/ Behandelplan

Op basis van de bevindingen tijdens de intake wordt het volgende overeengekomen tussen de cliënt(e):

en de behandelaar: R. Moerkens

Cliënt heeft zich aangemeld met de volgende klacht:

Diagnostisch gezien lijkt er sprake van:

In de behandeling zullen de volgende doelen centraal staan:

- 1.
- 2.

Toegepaste methodiek/behandelmethoden:

Aanvullende afspraken:

1. De behandeling wordt vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Hiervoor dient de behandelaar een declaratie rechtstreeks in bij uw verzekeraar. Houdt u wel rekening met het eigen risico dat eerst aangesproken wordt (385 euro voor 2023).
2. Het volgende aantal behandلزittingen wordt overeengekomen: max. 30 over een periode van 12 maanden.
3. De duur van een zitting is 45 minuten.
4. Bij verhindering dienen afspraken 24 uur van te voren afgezegd te worden: via mail of ingesproken op antwoordapparaat. Anders wordt € 85,- bij cliënt(e) in rekening gebracht (de verzekeraar vergoedt dit niet).
5. De voortgang van de behandeling zal - indien gewenst - middels vragenlijsten (ROM) gestandaardiseerd worden geëvalueerd.

Ondergetekende verklaart:

- afdoende te zijn geïnformeerd over de gang van zaken rond intake, diagnostiek en behandeling;
- in te stemmen met uitwisseling van informatie tussen behandelaar en verwijzer/huisarts (na aanmelding en bij beëindiging van behandeling) en op anonieme wijze tussen behandelaar en collega's bij intervisie en visitatie;
- weet te hebben van de dossier bewaarplicht (tenminste 15 jaar) en
- van de mogelijkheid van het indienen van een klacht over het beroepsmatig handelen van de psychotherapeut (LVVP tav klachtencommissie, Postbus 13086, 3507LB Utrecht);
- op de hoogte te zijn gebracht van de regeling bij crises
- weet te hebben van de kwalificaties van de behandelaar.

Akkoord bevonden en meegegeven:

Plaats: Nieuwe Niedorp

Datum:

Handtekening cliënt(e):

Handtekening therapeut: