

Behandelovereenkomst

Gegevens therapeut

Naam: Lynelle van Tonder

Functie: Orthomoleculair Therapeut

Telefoon / e-mail: nordliva.eu@gmail.com

MBOG-lidnummer: 1743

Gegevens cliënt

Naam:

Geboortedatum:

Telefoon / e-mail:

1. Doel en aard van de behandeling

De behandeling is gericht op het ondersteunen van de gezondheid en het welzijn door middel van onder andere voedingsadvies, leefstijladvies en supplementadvies. De behandeling is **aanvullend van aard** en **vervangt geen reguliere medische zorg**.

2. Verantwoordelijkheid

- De therapeut stelt een persoonlijk behandeladvies op en voert de behandeling uit naar beste inzicht en vermogen.
 - De therapeut stelt geen medische diagnoses en schrijft geen medicatie voor.
 - De cliënt blijft zelf verantwoordelijk voor het opvolgen van adviezen en voor het raadplegen van een arts bij medische klachten.
 - De cliënt verstrekt juiste en volledige informatie over de gezondheid, medicijngebruik en lopende behandelingen.
-

3. Resultaten

Er kan geen garantie worden gegeven op specifieke resultaten. Het effect van de behandeling is mede afhankelijk van inzet, leefstijl en persoonlijke omstandigheden van de cliënt.

4. Privacy en dossier (AVG)

De therapeut houdt een cliëntendossier bij en behandelt persoonsgegevens vertrouwelijk. Gegevens worden niet aan derden verstrekt zonder toestemming van de cliënt, tenzij dit wettelijk verplicht is. De cliënt heeft recht op inzage in het eigen dossier.

5. Tarieven en betaling

De kosten per consult bedragen **€ 75,- (Intake) en € 50 (opvolg)** .
Betaling vindt plaats volgens afspraak en dient tijdig te worden voldaan.

6. Annulering

Afspraken dienen minimaal **24 uur van tevoren** te worden geannuleerd. Bij niet-tijdige annulering of het niet verschijnen op de afspraak kan het consult in rekening worden gebracht.

7. Klachtenregeling

Bij klachten wordt eerst geprobeerd deze samen met de therapeut op te lossen. Indien dit niet lukt, kan de cliënt gebruikmaken van de klachtenregeling via de **MBOG**.

8. Akkoordverklaring

Door ondertekening verklaart de cliënt akkoord te gaan met bovenstaande voorwaarden en vrijwillig deel te nemen aan de behandeling.

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening cliënt: _____

Handtekening therapeut: _____