



## **Behandelovereenkomst Diëtistenpraktijk Santé**

**Naam:**

**Geboortedatum:**

### **Via deze verklaring ga ik akkoord met onderstaande:**

- Ik geef toestemming voor het registreren van mijn gegevens, dit houdt in: de persoons-en alle noodzakelijke medische gegevens en de besproken informatie tijdens een consult. De gegevens worden geregistreerd voor het kunnen bieden van een optimale dieetbehandeling. Deze gegevens zullen conform de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) 15 jaar bewaard worden. Alle persoonsgegevens zijn beveiligd conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Ik heb ten alle tijden recht op inzage, correctie, aanvulling of vernietiging van het dossier.

- De declaraties van de consulten worden direct bij uw zorgverzekeraar in rekening gebracht. Wanneer mijn verzekering de kosten van de behandeling(en) niet (meer) dekt, worden de kosten op mij verhaald. Bijvoorbeeld wanneer de maximale vergoeding is bereikt (3 uur uit de basisverzekering) en er geen of onvoldoende uren uit de aanvullende verzekering is.

- Wanneer ik verhinderd ben, meld ik me tenminste 24 uur voor mijn afspraak af. De behandeling wordt dan niet in rekening gebracht. In het weekend of feestdagen kan ik mij afmelden via de mail [advies@santevoeding.nl](mailto:advies@santevoeding.nl) en/of voicemail via telefoonnummer 0645223048.

Niet of niet tijdig (minstens 24 uur van tevoren) afgezegde afspraken worden voor 75% in rekening gebracht. Deze kunnen niet worden vergoed/ingediend bij de zorgverzekeraar.

-Indien ik verwezen bent door een arts mag contact met deze verwijzer als een gegeven worden beschouwd en is expliciete toestemming van een terugrapportage en/of overleg met de verwijzer niet vereist. Ik ga in dit kader ook akkoord met overleg met andere hulpverleners (bv specialist, praktijkondersteuner, collega-diëtist) indien dit voor het behandelproces noodzakelijk is.

**Datum:**

**Handtekening (indien jonger dan 16 jaar, ondertekenen door ouder/voogd):**