



**GO** Centrum voor Groei en Ontwikkeling  
T.U. Masmanstraat 7 - 3813 ZE AMERSFOORT  
Telefoon: +31 (0)33 – 4802993  
Fax: +31 (0)33 – 4806892  
E-mail: hmv@planet.nl  
Website: www.go-centrum.nl

## BEHANDELINGSOVEREENKOMST Model conform de WGBO - normen

**Achternaam cliënt(e):**

.....  
(indien van toepassing: graag ook meisjesnaam vermelden)

**Voorn(a)am(en):** ..... **Roepnaam:** .....

**Adres:** .....

**Postcode:** ..... **Woonplaats:** .....

**Telefoon:** ..... **Telefax:** .....

**Mobiel:** ..... **Email:**.....

**Geboortedatum:** ..... **Geslacht:**            **Man**            **Vrouw**

**Burgerlijke staat:** .....

**Beroep:** ..... **Werkadres:** .....

**Naam huisarts:** ..... **Telefoon:** .....

**Verzekerd bij:** ..... **Polisnummer:** .....

---

**Geeft U toestemming om informatie in te winnen bij de huisarts en/ of verwijzer:**

**Ja Nee**

**Geeft u toestemming om na afloop van de behandeling de huisarts en/ of verwijzer te informeren:**

**Ja Nee**

---

**Gaat U akkoord met de tarief stelling van € 80 per uur en € 120 (periodieke tariefswijzigingen voorbehouden) per consult van 1 ½ uur.**

**Ja Nee**

**U betaalt de consulten: per giro/ bank (na ontvangst van een factuur)**

**Er zijn in principe ..... consulten afgesproken.**



**GO** Centrum voor Groei en Ontwikkeling  
T.U. Masmanstraat 7 - 3813 ZE AMERSFOORT  
Telefoon: +31 (0)33 – 4802993  
Fax: +31 (0)33 – 4806892  
E-mail: hmv@planet.nl  
Website: www.go-centrum.nl

---

## **Aard van de Problematiek**

### **1. Wat is uw hulpvraag?**

.....  
.....  
.....

### **2. Heeft u ook last van klachten ( fysiek / emotioneel )**

**Ja**

**Nee**

**Zo ja, welke is / zijn dat:**

.....

**Sinds wanneer heeft u deze klacht(en)?**

.....

### **3 A. Welke artsen heeft u geraadpleegd?**

**0 Huisarts**

**0 Specialist**

**0 Psychiater**

**Is er een diagnose gesteld? Ja Nee**

**Door wie?**

**Welke diagnose is gesteld?**

.....

### **3 B. Heeft u andere hulpverlener(s) geraadpleegd?**

**Ja Nee**

**Is er een diagnose gesteld? Ja Nee**

**Door wie?**

**Welke diagnose is gesteld?**

.....



**GO** Centrum voor Groei en Ontwikkeling  
T.U. Masmanstraat 7 - 3813 ZE AMERSFOORT  
Telefoon: +31 (0)33 – 4802993  
Fax: +31 (0)33 – 4806892  
E-mail: hmv@planet.nl  
Website: www.go-centrum.nl

**4 Bent u al eerder in behandeling geweest voor dit probleem?**

**Ja Nee**

**Zo ja, bij wie?**

.....

**Wat is het resultaat van de gevolgde behandeling tot nu toe?**

.....

.....

**5 Bent u momenteel onder medische / psychologische / psychiatrische behandeling?**

**Ja Nee**

**Zo ja, bij wie?**

.....

**Is hij/ zij op de hoogte van uw stap voor dit begeleidingstraject?**

**Ja Nee**

**6. Gebruikt u medicijnen?**

**Ja Nee**

**Zo ja welke?**

.....

.....

**Voorgeschreven door:**

**0 Huisarts**

**0 Specialist**

**0 Psychiater**

**7. Welk doel heeft de behandeling?**

.....

.....

.....



**GO** Centrum voor Groei en Ontwikkeling  
T.U. Masmanstraat 7 - 3813 ZE AMERSFOORT  
Telefoon: +31 (0)33 – 4802993  
Fax: +31 (0)33 – 4806892  
E-mail: hmv@planet.nl  
Website: www.go-centrum.nl

---

**8. Nadere informatie die van belang kan zijn voor deze  
werkovereenkomst:**

.....  
.....

**Alle eventuele, nadelige gevolgen die voortvloeien uit het achterhouden  
van informatie,  
aanwezig in het medisch dossier van de huisarts, zijn voor de  
verantwoordelijkheid van de  
cliënt(e).**



**GO** Centrum voor Groei en Ontwikkeling  
T.U. Masmanstraat 7 - 3813 ZE AMERSFOORT  
Telefoon: +31 (0)33 – 4802993  
Fax: +31 (0)33 – 4806892  
E-mail: [hmv@planet.nl](mailto:hmv@planet.nl)  
Website: [www.go-centrum.nl](http://www.go-centrum.nl)

---

### **Aard van de overeenkomst**

**De cliënt verplicht zich door deze samenwerkingsovereenkomst tot de benodigde persoonlijke inzet en tot het nemen van verantwoordelijkheid voor zichzelf.**

**De cliënt zal zich gedurende het begeleidingstraject geen schade / verwondingen aan zichzelf toebrengen. Buiten de werkbijeenkomsten kan de therapeut niet aansprakelijk worden gesteld voor eventuele negatieve gevolgen voortkomend uit negatief gedrag en / of houding.**

**De therapeut verplicht zich hierdoor tot zijn / haar vakkundige inzet.**

**Het besprokene tijdens de werkbijeenkomsten, wordt als persoonlijk / vertrouwelijk beschouwd.**

**Voor akkoord (inclusief bijgevoegde betalingsvoorwaarden)**

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

**Naam therapeute: .....**

**NVPA - Registrummer: .....459-23111947.....**

**AGB-code: 94.007386**

**Handtekening therapeute**

**Handtekening cliënt(e)  
(bij minderjarigheid één der ouders of voogd)**

-----

- **\*Beroepsvereniging: het Nederlands Verbond voor Psychologen, Psychotherapeuten en Agogen.**
- **NVPA therapeuten hebben zich verbonden verklaard met de NVPA-beroepscode.**
- **NVPA heeft een klachtencommissie en documentatie materiaal voor cliënten.**
- **Adres: Het-NVPA, Postbus 351, 5400 AJ Uden. Tel. 0413-330 680.**
- **E-mail: [info@het-nvpa.nl](mailto:info@het-nvpa.nl), [www.het-nvpa.nl](http://www.het-nvpa.nl)**



**GO** Centrum voor Groei en Ontwikkeling  
T.U. Masmanstraat 7 - 3813 ZE AMERSFOORT  
Telefoon: +31 (0)33 – 4802993  
Fax: +31 (0)33 – 4806892  
E-mail: hmvt@planet.nl  
Website: www.go-centrum.nl

---

## **BETALINGSVOORWAARDEN VAN DEZE OVEREENKOMST**

### **Artikel 1**

**Alle bepalingen conform de wet WGBO (boek 7, titel 7, afdeling 5 BW, behalve in het BW te vinden in de Staatscourant nr. 837 van 1994) zijn van toepassing op deze behandelingsovereenkomst.**

### **Artikel 2**

**Een afspraak met een NVPA therapeut dient, bij verhindering door de cliënt, 24 uur vóór de tijd van afspraak worden afgezegd. In geval van niet tijdige afzegging of niet-afzegging wordt het consult in rekening gebracht.**

### **Artikel 3**

**De door de therapeut toegezonden factuur behoort binnen dertig dagen na datum betaald te zijn.**

### **Artikel 4**

**Bij niet betaling binnen dertig dagen is de cliënt in verzuim en mag de therapeut zonder nadere ingebrekestelling 1% rente per maand in rekening brengen.**

### **Artikel 5**

**Na dertig dagen is de therapeut gerechtigd een betalingsherinnering te sturen, waarvoor € 5,- in rekening mag worden gebracht.**

### **Artikel 6**

**Is binnen 14 dagen na het sturen van de betalingsherinnering de rekening nog niet voldaan, dan is de therapeut gerechtigd een incassomaatregel te treffen. De kosten van de incassomaatregel komen voor rekening van de cliënt.**

### **Artikel 7**

**Voor het treffen van maatregelen overeenkomstig de artikelen 4, 5, en 6 ter betaling geldt onverkort, dat dit te goeder trouw en in redelijkheid en billijkheid moet geschieden. Overmacht aan de kant van de cliënt moet ten alle tijde met de therapeut besproken kunnen worden. De schade aan het hulpverleningsproces door niet-betaling dient zoveel mogelijk door therapeut en cliënt begrensd te worden.**

**Deze regeling behoort bij de standaard samenwerkingsovereenkomst**