

## Algemene Voorwaarden

*\*BrightMind Practice is de bij de Kamer van Koophandel (KvK) geregistreerde naam. InZicht Praktijk is een alternatieve handelsnaam en verwijst naar dezelfde praktijk.*

Lees deze voorwaarden zorgvuldig door voordat de therapie start:

1. **Intakegesprek:** Tijdens de eerste sessie bespreken we de klachten en de reden voor aanmelding. Ook is er ruimte om verwachtingen en wensen ten aanzien van de behandeling te bespreken. Voorafgaand aan de intake dien ik een geldige verwijsbrief van de huisarts te hebben ontvangen, tenzij u de behandeling zelf betaalt en geen vergoeding bij de zorgverzekeraar aanvraagt.
2. **Vertrouwelijkheid:**
  - a. Alles wat tijdens de therapie wordt besproken is strikt vertrouwelijk. Dit omvat zowel persoonlijke gegevens van de cliënt als de inhoud van de gesprekken.
  - b. Beperkte administratieve gegevens (zoals naam, adres, factuurnummers en betaalgegevens) kunnen uitsluitend ten behoeve van administratieve en financiële verwerking worden gedeeld met mijn boekhouder. Mijn assistenten kunnen, voor zover noodzakelijk voor hun werkzaamheden, toegang hebben tot relevante delen van het cliëntdossier ten behoeve van administratieve ondersteuning en dossierbeheer. Allen zijn gebonden aan een geheimhoudingsplicht en handelen conform de geldende AVG-wetgeving.
  - c. Met expliciete toestemming van de cliënt kan gebruik worden gemaakt van AI-tools voor administratieve taken en/of ter ondersteuning bij het maken en verwerken van sessienotities, eventueel tijdens de sessie. Deze toestemming is volledig vrijwillig, wordt vastgelegd in een apart toestemmingsformulier en kan te allen tijde worden ingetrokken zonder gevolgen voor de behandeling.
  - d. De DSM-5-classificatie wordt vermeld op de factuur en/of aangeleverd aan DIS, tenzij de cliënt hiertegen bezwaar maakt. Gegevens worden opgeslagen in een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en conform de wettelijke bewaartermijn gedurende twintig jaar bewaard. De cliënt heeft te allen tijde recht op inzage in de eigen gegevens; een overzicht van verwerkte gegevens is opgenomen in de privacyverklaring.
3. **Leeftijd:** Cliënten jonger dan 18 jaar dienen schriftelijke en getekend toestemming te verkrijgen van een ouder of voogd. (of laat hun ouder/voogd onderstaand formulier ook ondertekenen).
4. **Duur van de sessie:** Een therapie sessie duurt 45 minuten.
5. **Online/telefonische sessies:** Sessies vinden in principe face-to-face plaats. Online sessies zijn mogelijk indien (tenminste) één van de partijen zich in het buitenland bevindt of ziekteverschijnselen vertoont (of is anderszins ziek, maar wenst en is in staat om de sessie bij te wonen of te leiden).
6. **Annuleringsvoorwaarden:** Afspraken dienen **minimaal 48 uur van tevoren** te worden geannuleerd of verplaatst. Bij niet tijdig annuleren of het niet opdagen bij de afspraak wordt een *no-show* tarief van €100 in rekening gebracht. Dit tarief wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar en dient rechtstreeks door de client te worden voldaan.
7. **Tarieven:** Ik hanteer de door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgestelde tarieven voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, conform het kwaliteitsstatuut sectie II (vrijgevestigd psychotherapeut, BIG). Meer informatie: [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_805252\\_22/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_805252_22/)
8. **Betaling:** Ik zal u maandelijks een factuur per (beveiligde) e-mail toesturen. Betaling dient te geschieden via bankoverschrijving, zoals vermeld op de factuur. U bent zelf verantwoordelijk

voor het indienen van de factuur bij uw zorgverzekeraar voor eventuele vergoeding. Indien u verzekerd bent bij een zorgverzekeraar waarmee ik een contract heb, dien ik de declaratie rechtstreeks bij de zorgverzekeraar in en ontvang ik de betaling van hen; in dat geval hoeft u hiervoor geen verdere actie te ondernemen.

9. **Zorgverzekering:** De vergoeding van mijn sessies door zorgverzekeraars varieert. Dit is afhankelijk van uw verzekeringspolis en of ik een contract heb met uw verzekeraar. Als ik geen contract heb met uw verzekeraar, is het uw verantwoordelijkheid om te controleren of u in aanmerking komt voor vergoeding en, zo ja, voor hoeveel sessies en tot welk maximumbedrag. Zorgverzekeraars vereisen soms dat een DSM-5-classificatie wordt gerapporteerd voor vergoedingsdoeleinden. Bespreek eventuele vragen of opmerkingen hierover met mij.
10. **Te laat komen:** Verloren tijd kan helaas niet worden ingehaald bij te laat komen. Laat het mij alstublieft weten als u te laat bent. Bij een vertraging van meer dan 15 minuten wordt de sessie geannuleerd en wordt de *no-show* tarief van €100 in rekening gebracht, tenzij anders overeengekomen.
11. **Klachtenregeling:** Aarzel niet uw ontevredenheid eerst met mij te bespreken, zodat ik waar mogelijk aan uw wensen tegemoet kan komen. Mocht u desondanks ontevreden blijven, dan kunt u een klacht indienen bij het NIP (Nederlands Instituut van Psychologen) (mijn NIP-registratienummer is 228307). Voor verdere instructies kunt u de volgende link raadplegen: <https://klachtenportaalzorg.nl/klacht-indienen/>. U kunt ook een e-mail sturen aan [info@klachtenportaalzorg.nl](mailto:info@klachtenportaalzorg.nl).

### **Algemene betalingsvoorwaarden van BrightMind Practice/ InZicht Praktijk**

- I. Deze betalingsvoorwaarden zijn van toepassing op alle behandelovereenkomsten tussen de zorgverlener en de cliënt.
- II. Afspraken moeten uiterlijk 48 uur voor de afspraak worden geannuleerd. Indien de afspraak niet tijdig wordt geannuleerd, is de zorgverlener gerechtigd de gereserveerde tijd naar redelijkheid en billijkheid aan de cliënt in rekening te brengen.
- III. De door de zorgverlener aan de cliënt in rekening gebrachte kosten voor de behandeling dienen door de cliënt binnen 14 dagen na factuurdatum te worden betaald.
- IV. Indien de cliënt het verschuldigde bedrag niet binnen 14 dagen na factuurdatum heeft betaald, is de cliënt in gebreke zonder dat een verdere ingebrekestelling vereist is en zal de zorgverlener rente van 10% per maand of gedeelte van het hoofdbedrag in rekening brengen zolang de cliënt niet heeft betaald.
- V. In geval van niet-betaling binnen 14 dagen na factuurdatum kan de zorgverlener de cliënt een betalingsherinnering sturen. Indien de cliënt niet binnen 14 dagen aan de betalingsherinnering voldoet, is de zorgverlener gerechtigd incassomaatregelen te treffen of dit door derden te laten doen. Alle kosten in verband met deze claim zijn voor rekening van de cliënt.
- VI. In geval van betalingsachterstand is de zorgverlener gerechtigd de behandeling op te schorten totdat de cliënt aan de betalingsverplichting heeft voldaan en een incassobureau in te schakelen.

## Privacy

Door dit formulier te ondertekenen bevestigt de cliënt dat: a. hij/zij op de hoogte is van het vastleggen van zijn/haar persoonlijke gegevens in de behandelovereenkomst en in zijn/haar cliëntdossier, en dat b. hij/zij hiermee instemt.

## Informatie-uitwisseling en intercollegiaal overleg

De cliënt stemt ermee in dat, indien relevant voor de behandeling, vooraf informatie kan worden ingewonnen bij de huisarts, specialist of (voormalig/toekomstig) behandelaar. Daarnaast stemt de cliënt ermee in dat de zorgverlener de huisarts en/of verwijzer gedurende de behandeling (tussentijds) en bij afronding van de behandeling kan informeren over het verloop en de uitkomsten van de behandeling. Indien de cliënt hiertegen bezwaar heeft, kan hij of zij dit kenbaar maken aan de zorgverlener.

De zorgverlener informeert de cliënt telkens vooraf over het voornemen tot contact met derden en vraagt per afzonderlijke uitwisseling expliciete toestemming voordat informatie wordt opgevraagd of gedeeld.

Daarnaast stemt de cliënt ermee in dat de zorgverlener de behandeling anoniem kan bespreken met collega's in het kader van intercollegiaal overleg van de behandelaar(en) en intervisie, ter waarborging en bevordering van de kwaliteit van zorg. Voor deze anonieme intercollegiaal overleg van de behandelaar(en) en intervisie is geen afzonderlijke expliciete toestemming per uitwisseling vereist. Indien de cliënt hiertegen bezwaar heeft, dient hij of zij dit kenbaar te maken aan de zorgverlener.

## Cliënt gegevens

Naam:

E-mail:

Geboortedatum:

Telefoon:

Datum:

Plaats: Leiden

*Handtekening zorgverlener:**Handtekening cliënt:*

Drs. Roy Kamienchik,  
Psychotherapeut BIG, nr. 49937953416  
AGB-Code persoonlijk: 94108850  
AGB-Code praktijk: 94068819

