

Zorgverleningsovereenkomst



Contractspartijen

1. Gegevens zorgaanbieder

Naam zorgaanbieder: Cordaan

Straat: de Ruyterkade 7

Postcode en plaats: 1013 AA Amsterdam

Bij het aangaan van deze zorgverleningsovereenkomst rechtsgeldig vertegenwoordigd door:

..... 0 man 0 vrouw

Hierna aangeduid als "wij" of "ons".

2. Gegevens cliënt

Voorletter(s) en achternaam:

Burgerservicenummer (BSN):

Geboortedatum: *[invullen dag-maand-jaar]* 0 man 0 vrouw

Straat:.....

Huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Email-adres:

Rekeningnummer(s):

Op naam van.....

Hierna aangeduid als "u".

3. Vertegenwoordiger

U heeft geen vertegenwoordiger

Of

U wordt bij het sluiten van deze zorgverleningsovereenkomst wettelijk vertegenwoordigd door:

ouder voogd

Of

Uw wettelijke vertegenwoordiger is door de rechtbank benoemd als:

curator mentor

Wij ontvangen graag van u een kopie van de beschikking van de rechtbank.

Of

U wordt bij het sluiten van deze zorgverleningsovereenkomst vertegenwoordigd door:

schriftelijk gemachtigde

Wij ontvangen graag van u een kopie van de schriftelijke machtiging

Gegevens vertegenwoordiger

Voorletters en achternaam:

Geboortedatum: *[invullen dag-maand-jaar]* man vrouw

Straat:

Huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Email-adres:

Hierna (tezamen) aangeduid als "u"

Zorgverleningsovereenkomst

4. Zorgarrangement

Het zorgarrangement dat wij u op basis van deze zorgverleningsovereenkomst zullen bieden is op basis van de gestelde indicatie of beschikking. De wijze waarop en de mate waarin wij zorg verlenen, wordt samen met u vastgelegd in het zorgplan.

5. Looptijd zorgverleningsovereenkomst

Deze zorgverleningsovereenkomst gaat in op: [invullen dag-maand-jaar] en wordt aangegaan voor:

onbepaalde tijd

bepaalde tijd, tot en met [invullen dag-maand-jaar]

6. Aanvullende en/of afwijkende afspraken

Toestemming elektronische uitwisseling van medische gegevens (alleen voor cliënten op een behandellocatie/-relatie)

Ja, ik geef toestemming aan (apothek van Cordaan, Farmadam (BSN)) om relevante medicatie- en laboratoriumgegevens op te vragen t.b.v. medicatiebegeleiding.

Nee, ik geef geen toestemming om relevante medicatie- en laboratoriumgegevens op te vragen t.b.v. medicatiebegeleiding. Formulier per omgaande naar farmadam of apothek sturen en behandelend arts inlichten.

7. De afspraken die wij met u hebben gemaakt over de door ons te verlenen zorg liggen vast in de:

Zorgverleningsovereenkomst en de volgende modules maken hier onderdeel van uit:
(aanvinken wat van toepassing is)

- Algemene leveringsvoorwaarden Ouderenzorg (Actiz) voor V&VT
- Algemene leveringsvoorwaarden VGZ (VGN)
- Algemene voorwaarden WMO
- Bijzondere leveringsvoorwaarden Zorg met verblijf
- Bijzondere leveringsvoorwaarden BOPZ**
- Bijzondere leveringsvoorwaarden MPT en VPT (Zorgeloos Thuis)
- Bijzondere leveringsvoorwaarden Geriatrische Revalidatie
- Bijzondere leveringsvoorwaarden Eerstelijns verblijf
- Bijzondere leveringsvoorwaarden Wijkverpleging

Zorgverleningsovereenkomst

- **Bijzondere leveringsvoorwaarden PGB of particuliere zorg**
- **Bijzondere leveringsvoorwaarden Partneropname (Zorg met Verblijf)**

Bij het sluiten van deze zorgverleningsovereenkomst geven wij u **de Algemene leveringsvoorwaarden** en de hierboven aangevinkte module(s). U verklaart deze te hebben ontvangen.

8. Ondertekening

Datum [*invullen dag-maand-jaar*]

Uw handtekening

Handtekening wettelijke vertegenwoordiger/schriftelijk gemachtigde
.....

Handtekening zorgaanbieder