**Orthodontist** Hereplein Hereplein 2  
 B U R H A R D T 9711 GA  Groningen

.







T: [050-2053333](tel:0502053333)  
 E: [info@orthohereplein.nl](mailto:info@orthohereplein.nl)

W: [www.orthohereplein.nl](http://www.orthohereplein.nl)

**Behandelovereenkomst Orthodontist Hereplein**

Patiënt: ………………………………………………………………………………………

Geboortedatum: ………………………………………………………………………………………

Via deze verklaringgaat **ondergetekende akkoord** met onderstaande:

* Dat ik het formulier behandelovereenkomst gelezen en begrepen heb.
* Een orthodontische behandeling zoals in het behandelplan voor mij zelf /mijn zoon/dochter/pupil met mij besproken is inclusief de kosten van de behandeling.
* Dat ik financieel verantwoordelijk ben voor de orthodontische behandeling (ook als mijn zoon of dochter bij mijn (ex) partner op de polis staan).
* Wanneer mijn verzekering de kosten van de orthodontische behandeling niet (meer) dekt, worden de kosten op mij verhaald. Bijvoorbeeld als
* De maximale vergoeding bereikt is, hier bent u zelf verantwoordelijk voor.
* Ik geen aanvullende verzekering (meer) heb.
* Bepaalde codes niet door mijn verzekering vergoed worden.
* Mijn zoon/dochter vanaf 16 jaar deze verklaring ondertekend en hierdoor toestemming aan de orthodontist geeft dat indien nodig hij contact met de ouders/verzorgers mag opnemen over de orthodontische behandeling.
* Dat ik toestemming geef dat (indien nodig)
* mijn gegevens naar mijn verzekering en/of verwijzer gestuurd mogen worden
* mijn gegevens gebruikt kunnen worden voor wetenschappelijk onderzoek, zoals publicaties en tijdschriften.

Naam: …………………………………………………………

Handtekening Orthodontist  
Lukasz Burhardt



……………………………………………………….Handtekening patiënt/ouders/verzorgers

Wij hopen op een prettige samenwerking, het origineel van deze overeenkomst wordt in het dossier bewaard en het kopie van de originele overeenkomst is voor u zelf.