# Zorg- en dienstverleningsovereenkomst voor Geriatrische Revalidatie

Dit is een overeenkomst tussen u en Sensire. In dit contract staan de afspraken over de zorg die u van Sensire ontvangt en over de diensten waarvan u gebruikmaakt.

**Gegevens Sensire**

*Naam zorgaanbieder: Stichting Sensire*

*Adres: Boterstraat 2*

*Postcode/plaats: 7051 DA Varsseveld*

*Locatie:* Revalidatie

*KvK-nummer: 09110174*

*Telefoonnummer:* 0900 8856

*E-mail:*  info@sensire.nl

In deze overeenkomst wordt Sensire rechtsgeldig vertegenwoordigd door:

……………………………………………………………..………..………………….

Sensire heet in dit contract verder ‘**wij**’ of ‘**ons**’.

**Uw gegevens**

*Uw naam:*

*Adres:*

*Postcode/plaats:*

*Geboortedatum:*       *Telefoonnummer:*

Wordt u in deze overeenkomst vertegenwoordigd door uw curator of mentor?

[ ]  ja [ ]  nee

Wordt u in deze overeenkomst vertegenwoordigd door een (schriftelijk) gemachtigde?

[ ]  ja [ ]  nee

Uw vertegenwoordiger (indien van toepassing) is:

*Mevrouw/de heer: …..…………………….………………………*

*Adres: ……………………….………………………..*

*Postcode/woonplaats: ……..………………………………………….*

U en uw vertegenwoordiger heten in dit contract verder ‘**u**’.

**Welke zorg en behandeling krijgt u?**

Uw Geriatrische Revalidatie (GRZ) valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor deze zorg en behandeling heeft u een indicatie gekregen. De afspraken over de zorg en behandeling vindt u in uw dossier. Hierin staat wanneer u welke zorg en behandeling krijgt.

**Bijzondere afspraken ten behoeve van de zorg die u krijgt**

* **Beheer van de geneesmiddelen**

U geeft Sensire [ ]  wel [ ]  geen toestemming om uw geneesmiddelen vanaf de ingangsdatum van de overeenkomst te beheren. Hieronder is aangegeven op welke manier wij uw geneesmiddelen beheren.

[ ] Bestellen

[ ] Aangeven

[ ] Toedienen

Eventuele nadere afspraken hierover staan in uw dossier. Sensire stelt uw apotheker op de hoogte van de machtiging.

*Verwerking en uitwisseling informatie*

Als u Sensire toestemming geeft om uw geneesmiddelen te beheren, dan geeft u ons en de apotheker automatisch toestemming om de gegevens over uw geneesmiddelen te verwerken. Ook mogen Sensire en de apotheker onderling belangrijke medische informatie uitwisselen, die nodig is voor het beheer van de geneesmiddelen.

*Einde van de machtiging*

Zowel u als Sensire kan deze machtiging op elk moment schriftelijk intrekken of opzeggen. De machtiging vervalt ook als deze overeenkomst eindigt. Als de machtiging eindigt, beheert u vanaf dat moment uw geneesmiddelen weer zelf.

*Naam apotheek: …..…………………….………………………*

*Plaats: ……..………………………………………….*

* **Opvragen medische informatie**

U geeft Sensire [ ]  wel [ ]  geen toestemming om uw medische gegevens op te vragen bij uw huisarts, medisch specialist en/of andere behandelaars en hiermee overleg te voeren voor zover dat nodig is voor de zorg, die u van ons krijgt. Wij verstrekken deze gegevens aan de specialist ouderengeneeskunde. Dat is uw arts als u bij Sensire woont en behandeling ontvangt.

Ook geeft u ons toestemming om persoons- administratieve en medische gegevens te verstrekken aan het zorgkantoor of de zorgverzekeraar voor zover dat nodig is om de zorg te kunnen declareren.

* **Algemene afspraken en voorwaarden**

De afspraken die wij met u hebben gemaakt liggen vast in deze zorg- en dienstverleningsovereenkomst als mede in de algemene voorwaarden van Actiz en BTN in de Modules:

* Algemene Voorwaarden
* Geriatrische revalidatie

U stemt er [ ]  wel [ ]  niet mee in om deze modules via de website van Sensire in te zien en eventueel te downloaden. Indien u hier niet mee instemt worden deze verstrekt bij deze zorg- en dienstenovereenkomst.

Naast deze overeenkomst maakt het nog op te stellen (zorg)afspraken onderdeel uit van deze zorg- en

dienstverleningsovereenkomst.

**Voor welke periode geldt de overeenkomst?**

Deze overeenkomst gaat in op:

De overeenkomst geldt voor onbepaalde tijd

Uw handtekening Handtekening namens Sensire
Naam:       Naam:

Geb. datum:       Functie:

 Telefoonnummer:

………………………………....……… …………………………………………

Handtekening curator/mentor Handtekening gemachtigde

………………………………………… …………………………………………

Datum: ……..………………………… Datum: ……..…..…………………….