

Dr. Marisa van Niekerk

Opvoedkundige Sielkundige | Educational Psychologist

HOD Junior-Primêr; HOD Pre-Primêr; B.Ed Hons (Kleinkindontwikkeling);
B.Ed Hons (Opvoedkundige Sielkunde aanvullend); M.Ed (Opvoedkundige
Sielkunde); D.Ed (Opvoedkundige Sielkunde)



HPCSA Registrasienommer: PS 0122432

Praktyknommer: 0523240

Sel: 074 041 0081

e-pos: marisavniekerk@gmail.com

Spreekkamer:

170 Old Kent Drive
Midstream Estate
1692

Spreekure:

Mon – Fri: 9:00 – 18:00

KLIËNT INLIGTING

KLIËNT		
Van:		Titel:
Voornaam:		
Identiteitsnommer / Geboortedatum:		
Posadres:		
		Kode:
Woonadres:		
		Kode:
Tel. Nr. (Sel):	(W):	(H):
Huistaal:		Graad in skool:
Huwelikstatus:		Naam van skool:
PERSOON AANSPREEKLIK VIR REKENING		
Van:		Titel:
Voornaam:		
Identiteitsnommer:		
Beroep:		Werkgewer:
Werkadres:		
		Kode:
Woonadres:		

		Kode:
E-pos adres:		
Tel. Nr. (Sel):	(W):	(H):
Mediese fonds:		Mediese fonds nommer:
Hooflid:		Afhanklike Nr:
Naam, kontaknommer en verwantskap van 'n familielid / kennis wat nie by u woonagtig is nie:		
Naam:	Tel:	Verwantskap:
ALGEMENE PRAKTISYN		
Voorletters en van:		
Tel. Nr:		
Verwys deur:		
NAAM EN ADRES VAN KONTAKPERSOON IN NOODGEVAL		
Naam:		
Adres:		
		Kode:
Tel. Nr:		

PROFESSIONELE OOREENKOMS

Verslae: Gegewe die etiese gedragskode met betrekking tot forensiese aktiwiteite en/of verslae, verskaf hierdie sielkundige nie forensiese verslae nie.

1. TOESTEMMING TOT ASSESSERING EN TERAPIE

Ek die ondergetekende, gee hiermee my toestemming aan die sielkundige van hierdie praktyk om:

1.1 'n onderhoud met my / die kliënt te voer en laasgenoemde te assesser en met die geskikte terapie te begin;

1.2 inligting van / met betekenisvolle individue of partye te verkry / te gee soos ooreengekom, op die voorwaarde dat dit in die belang van myself / die kliënt / 'n familielid / of ander betekenisvolle persone is;

1.3 inligting wat verkry word gedurende ons interaksie op 'n anonieme en vertroulike wyse vir die doel van navorsing, opleiding of supervisie te gebruik.

2. KONFIDENSIALITEIT:

Die Etiese Gedragskode verplig die sielkundige van hierdie praktyk om alle inligting as konfidensieel te hanteer, behalwe wanneer:

2.1 die risiko bestaan dat 'n kliënt en/of 'n ander persoon se lewe in gevaar is;

2.2 die kliënt toestemming gee dat inligting gedeel mag word;

2.3 die hof en/of wetlike voorskrifte die sielkundige kan verplig om vertroulike inligting bekend te maak.

2.4 mediese fondse 'n terapeutiese kode vir die betaling van u rekening verlang.

3. TERMINASIE VAN TERAPIE:

Die kliënt of die sielkundige kan die terapie op enige stadium staak. Wanneer die sielkundige die terapie staak, sal dit op 'n professionele wyse in konsultasie met die kliënt geskied.

4. VERDERE INLIGTING:

Die kliënt kan enige tyd gedurende die sessies vrae vra in verband met enige onduidelikhede.

5. BETREDING VAN TERREIN OP EIE RISIKO

Die kliënt betree die terrein en spreekkamer op eie risiko. Die sielkundige aanvaar geen aanspreeklikheid vir enige verlies en/of besering van enige aard nie.

6. TOESTEMMING TOT ASSESSERING VAN KINDERS MET GESKEIDE OUERS

Beide ouers moet skriftelike toestemming tot assessering verleen. Dit is die ouer(s) se verantwoordelikheid om, indien hulle geskei is, dit onder die aandag van die sielkundige te bring.

7. FOOIE

Ek, die ondergetekende, neem kennis en stem in tot die volgende:

7.1 Hierdie is 'n kontant-praktyk. Die terapiefooie is in lyn met die voorskrifte van die "Board of Healthcare Funders" (BHF). Koste per 60 minute (of minder) terapie-sessie beloop R 810.00. Vir sessies langer as 60 minute word die prys per sessie, pro rata, aangepas.

7.2 Pryse van assesserings word egter per assessering en nie per uur bereken nie. Die koste daarvan sal voor die sessie per e-pos aan my gestuur word.

7.3 'n Faktuur sal na afloop van die sessie per e-pos aan my gestuur word.

7.4 Ek onderneem om die volle bedrag van die assessering en/of terapie op die dag waarop dit plaasvind, te vereffen.

7.5 Die feit dat die faktuur 'n Praktyknommer en BHF Kodes (soos deur Mediese Fondse vereis word) bevat, is nie 'n waarborg dat die Mediese Fonds die rekening sal betaal nie.

7.6 Rekening is slegs per EFT (elektroniese bankoorplasing) betaalbaar.

7.7 Bankbesonderhede: (gebruik asseblief die verwysingsnommer op u faktuur)

AMS van Niekerk

Bank: Investec Private Bank

Tak: Grayston Drive

Takkode: 580105

Rekeningnommer: 10011159586

7.8 'n Volle konsultasiefooi sal van my geëis word indien ek nie 'n afspraak ten minste 24 uur vooraf kanselleer nie, of indien ek versuim om my afspraak na te kom.

7.9 Ek sal nie die sielkundige verslae wat verskaf word deur die voorgenoemde sielkundige aanwend vir regsdoeleindes nie.

7.10 Indien my rekening uitstaande bly, sal dit aan 'n prokureur oorhandig word en sal ek ook verantwoordelik wees om die regskoste te vereffen.

Handtekening: _____ Naam: _____

Persoon verantwoordelik vir rekening: _____

Geteken te _____ op die _____ dag van _____.

ONTVANGS VAN GRATIS NUUSBLAD

Ek stel blang om die gratis ses weeklikse nuusblad te ontvang.

JA	NEE
----	-----

Hiermee teken ek in en gee ek toestemming dat die nuusblad na die volgende e-posadres gestuur word:

--

Handtekening: _____