



# Dr. Marisa van Niekerk

## Opvoedkundige Sielkundige

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 Reg. no: PS 0122432 Practice no: 0523240



Sel: 074 041 0081  
Epos: marisavniekerk@gmail.com

**Spreekkamer:**  
170 Old Kent Drive  
Midstream Estate, 1692

**Konsultasie Ure:**  
Ma-Vr: 09:00-18:00

## KLIËNT INLIGTING

KLIËNT			
Van:		Titel:	
Voornaam:			
Identiteitsnommer / Geboortedatum:			
Posadres:			
		Kode:	
Woonadres:			
		Kode:	
Tel. Nr. (Sel):	(W):	(H):	
Huistaal:	Graad in skool:	Ouderdom:	
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):
<b>Naam van 2de ouer:</b>		Titel:
Beroep:		
E-pos adres:		ID nommer:
Tel. Nr. (Sel):	(W):	(H):
Name en ouderdomme van ander kinders in die gesin:		
Huwelikstatus van ouers:		
<b>Mediese fonds:</b>		Mediese fonds nommer:
Hooflid:		Afhanklike Nr:
Naam, kontaknommer en verwantskap van 'n familielid / kennis wat nie by u woonagtig is nie:		
Naam:	Tel:	Verwantskap:
<b>ALGEMENE PRAKTISYN</b>		
Voorletters en van:		Tel. Nr:
<b>NAAM EN ADRES VAN KONTAKPERSOON IN NOODGEVAL</b>		
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 en/of mediese hipno-analise 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 van die HPCSA, asook die Wet op die Beskerming van Persoonlike Inligting (Protection of Personal Information [PoPI] Act 4 of 2013) 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.

Die kliënt se regte ten opsigte van sy/haar persoonlike inligting wat deur die praktyk ingesamel word, kan by die volgende skakel gevind word:

<http://www.justice.gov.za/legislation/acts/2013-004.pdf>

## **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 (insluitend getroud, geskei of vervreemd) moet skriftelike toestemming tot assessering verleen.** Dit is die ouer(s) se verantwoordelikheid om, indien hulle geskei of vervreemd van mekaar 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 45 minute (of minder) terapie-sessie beloop R 1050.00. Vir sessies langer as 45 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 nadat dit plaasgevind het, te vereffen. \_\_\_\_\_ (Parafeer asb).

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 Hierdie praktyk is uitgekонтakteur en hanteer nie die administrasie van eise met enige mediese fonds nie. Kliënte betaal fakture direk aan die praktyk, en kan ná betaling, self terugeis van hulle mediese fonds. Moet asb nie onbetaalde fakture aan die mediese fonds stuur met die versoek om die praktyk direk te betaal nie. \_\_\_\_\_ (Parafeer asb.)

7.7 Rekeninge is slegs per EFT (elektroniese bankoorplasing) betaalbaar.

7.8 Bankbesonderhede: (gebruik asseblief die verwysingsnommer op u faktuur)  
AMS van Niekerk

Bank: Investec Private Bank

Tak: Grayston Drive

Takkode: 580105

Rekeningnommer: 10011159586

7.9 'n Volle konsultasiefooie 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.

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

7.11 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 belang 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: \_\_\_\_\_