**Privacyverklaring Zorgprestatiemodel (ggz)**

Ondergetekenden:

**Cliënt/e:**

Naam : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verzekeringsnummer : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BSN : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

en

**Psycholoog:**

Naam Praktijk : Praktijk voor Psychologie

Naam Psycholoog :

 □ M.D. Pulles-Hendriks (AGB-code psycholoog: 94-006010)

 □ D. Otten (AGB-code psycholoog: 94-011041)

 □ H. van Verseveld (AGB-code psycholoog: 94-101915)

 □ T. Broekman (AGB-code psycholoog: 94-100077)

Adres (postadres) : Heyendaalseweg, 6525 SM Nijmegen

AGB-code praktijk : 94-055585

verklaren:

1. Dat tussen ondergetekenden een behandelrelatie in het kader van ggz zorg is aangegaan, waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening wenst te brengen overeenkomstig de Wet marktordening gezondheidszorg.

*Vermelding bij declaratie*

1. Dat de cliënt er uit oogpunt van bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bezwaar tegen heeft, dat gegevens die te herleiden zijn tot een door de zorgaanbieder met betrekking tot de client gestelde diagnose en/ of zorgvraagtypering, bij de declaratie worden vermeld.
2. Dat de psycholoog, in overeenstemming met artikel 4.3 van de Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg, vermelding van de onder 2 vermelde gegevens achterwege zal laten.

*Aanlevering aan NZa*

1. Dat de client er uit oogpunt van bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bezwaar tegen heeft, dat gegevens die te herleiden zijn tot een door de zorgaanbieder met betrekking tot de gestelde diagnose en/of zorgvraagtypering, aan de NZa worden geleverd.
2. Dat de zorgaanbieder, in overeenstemming met artikel 4.3 van de regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg, de aanlevering van de onder 4 bedoelde gegevens aan de NZa achterwege zal laten.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening cliënt(e): Handtekening psycholoog:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_