

## PRIVACYVERKLARING

Ondergetekenden: **Cliënt**

Naam: .....

Geboortedatum: .....

Verzekernummer: .....

BSN: .....

Prestatie: Openingsdatum: .....

en **Zorgaanbieder:**

Naam praktijk: Praktijk Dick Jeronimus

Naam uitvoerder: Drs. D. Jeronimus

Adres: Oudeweg 65, 9608PK Westerbroek

AGB-code behandelaar: 94002263

Verklaren:

1. Dat tussen partijen een behandelrelatie is aangegaan, waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening wenst te brengen overeenkomstig de Wet marktordering gezondheidszorg.

*Aanlevering gegevens aan DIS*

2. Dat de patiënt er uit oogpunt van bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bezwaar tegen heeft, dat MDS-gegevens als bedoeld in artikel 5 van de Regeling 'Verplichte aanlevering minimale dataset curatieve GGZ' aan DIS wordt aangeleverd.
3. Dat de zorgaanbieder, in overeenstemming met artikel 6 van de Regeling Generalistische basis GGZ', de aanlevering van de onder 4 bedoelde MDS-gegevens aan DIS achterwege zal laten.

Plaats: ..... Datum:.....

Handtekening **Cliënt:**

Handtekening zorgaanbieder

.....

.....

## PRIVACYVERKLARING (exemplaar mee te sturen met factuur naar zorgverzekeraar)

Ondergetekenden: **Cliënt**

Naam: .....

Geboortedatum: .....

Verzekernummer: .....

BSN: .....

Prestatie: Openingsdatum: .....

en **Zorgaanbieder:**

Naam praktijk: Praktijk Dick Jeronimus

Naam uitvoerder: Drs. D. Jeronimus

Adres: Oudeweg 65, 9608PK Westerbroek

AGB-code behandelaar: 94002263

Verklaren:

1. Dat tussen partijen een behandelrelatie is aangegaan, waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening wenst te brengen overeenkomstig de Wet marktordering gezondheidszorg.

*Aanlevering gegevens aan DIS*

2. Dat de patiënt er uit oogpunt van bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bezwaar tegen heeft, dat MDS-gegevens als bedoeld in artikel 5 van de Regeling 'Verplichte aanlevering minimale dataset curatieve GGZ' aan DIS wordt aangeleverd.
3. Dat de zorgaanbieder, in overeenstemming met artikel 6 van de Regeling Generalistische basis GGZ', de aanlevering van de onder 4 bedoelde MDS-gegevens aan DIS achterwege zal laten.

Plaats: ..... Datum:.....

Handtekening **Cliënt:**

Handtekening zorgaanbieder

.....

.....