

PRIVACYVERKLARING

Ondergetekenden:

Naam Cliënt:

Geboortedatum:

Adres:

Verzekeringsnummer:

BSN:

Prestatie:

Openingsdatum DBC:

Zorgaanbieder:

Naam praktijk: Mindhaven

Naam uitvoerder: mw, drs. J. Molina

Adres: Wijnhaven 36, 3011 WS Rotterdam

AGB-code behandelaar: 94012435

AGB-code praktijk: 94064262

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 cliënt 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 naar zorgverzekeraar)

Ondergetekenden:

Naam Cliënt:

Geboortedatum:

Adres:

Verzekeringsnummer:

BSN:

Prestatie:

Openingsdatum DBC:

Zorgaanbieder:

Naam praktijk: Mindhaven

Naam uitvoerder: mw, drs. J. Molina

Adres: Wijnhaven 36, 3011 WS Rotterdam

AGB-code behandelaar: 94012435

AGB-code praktijk: 94064262

Verklaren:

2. 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

4. Dat de cliënt 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.

5. 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