

Voornaam Client	
Volledige naam Client	
Geboortedatum	
BSN	
Ziektekostenverzekering	
Polisnummer	
Adres	
Postcode , plaats	
Telefoonnummer	
Nr identiteitsbewijs	Rijbewijs.....paspoort.....
E-mailadres	{
Huisarts	
Verwijzer (omcirkel:)	Huisarts ja / anders:

Eerdere of op dit moment lopende andere hulpverlening:

Toestemming beknopte rapportage naar huisarts: ja/nee

Toestemming contact met andere hulpverlener: ja/nee

Toestemming opvragen eerdere onderzoeksrapportage: ja/nee

Beschrijf kort uw reden van aanmelding en uw hulpvraag:

Wij hebben **GEEN** contracten met zorgverzekeraars die vallen onder ENO. Of u voor vergoeding in aanmerking komt dient u zelf te controleren. U ontvangt zelf de factuur en bent verantwoordelijk voor betaling. De factuur kunt u indien mogelijk indienen bij de verzekeraar.

Ondergetekende stemt in met de start van een psychologisch traject

en

Ondergetekende(n) stemt in met verstrekken van wettelijk verplichte informatie aan de zorgverzekeraar in verband met vergoeding van kosten psychologisch onderzoek c.q. behandeling in het kader van de basisverzekering. Met ingang van 1-1-2025 zijn wij verplicht de gestelde diagnose aan te leveren aan de zorgverzekeraar.

Tevens stemt ondergetekende in met het (voor zorgverleners wettelijk verplicht) aanleveren van gegevens aan DBC- Informatie Systeem, (DIS), overeenkomstig de daarvoor geldende wetgeving rondom privacy. Eens per 5 jaar wordt onze praktijk gevisiteerd door de beroepsvereniging. Een aantal dossiers zal random gecontroleerd worden op volledigheid, alles geanonimiseerd.

Indien u bezwaar heeft tegen het uitwisselen van informatie kunt u dit aangeven op het privacydocument, dat ook te downloaden is via de website.

Datum:

Handtekening
