**Ondergetekende, patiënt:**

[Naam] ……………………………………………

[Geboortedatum verzekerde] ………..

[Verzekerdennummer] …………………..

[BSN] ……………………………………………

Geeft bij deze toestemming aan Nienke Stienstra (AGB 03069375), dat deze de op deze verklaring genoemde gegevens **wel** mag delen met de zorgverzekeraar van de patiënt.

Zorgaanbieder en patiënt hebben een behandeling met ggz-zorg afgesproken. Voor deze behandeling registreert de zorgaanbieder op last van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna NZa) gegevens over de DSM-hoofdgroep diagnose van de patiënt en worden deze gegevens gedeeld met de zorgverzekeraar of vermeld op de factuur. De verplichting om deze gegevens met de zorgverzekeraars te delen volgt uit wet- en regelgeving die geldig is tot en met 31 december 2024. Per 1 januari 2025 wordt/is de wet- en regelgeving aangepast. De NZa vereist niet langer dat de voornoemde gegevens worden gedeeld. De zorgverzekeraars moeten de DSM-hoofdgroep diagnose echter nog steeds ontvangen om declaraties van de zorgaanbieder te controleren. Vanwege het ontbreken van benodigde regelgeving per 1 januari 2025, staat het medisch beroepsgeheim daaraan echter in de weg. Zorgaanbieder mag de gegevens over de DSM-hoofdgroep diagnose of het basis-ggz profiel van de patiënt alleen op de factuur vermelden en aan de zorgverzekeraar

verstrekken met toestemming van de patiënt.

U bent geïnformeerd dat u niet verplicht bent om toestemming te geven en dat er geen nadelige gevolgenvoor u zijn als u geen toestemming verleent. Als u de gegevens over de DSM-hoofdgroep diagnose niet wilt delen met de zorgverzekeraar, is het verzoek aan u dat te bevestigen door het invullen van de privacyverklaring, zodat de declaratie voor de aan u te verlenen zorg wel wordt voldaan.

Met deze toestemmingsverklaring geeft bovengenoemde patiënt de bovengenoemde zorgaanbieder toestemming voor het delen van deze gegevens - te weten DSM-hoofdgroep met de zorgverzekeraar en te vermelden op de factuur met de zorgverzekeraar van de patiënt. Deze toestemming

geldt voor de duur van het behandeltraject. Deze toestemming kan op ieder moment door patiënt worden ingetrokken. Informatie die via de factuur reeds beschikbaar is gesteld aan de zorgverzekeraar, kan niet

met terugwerkende kracht worden vernietigd.

PLAATS: …………………………………………

DATUM: ……………………………………………

Handtekening patiënt Handtekening Nienke Stienstra