

### Toestemmingsverklaring Zorgprestatie model (ggz)

Ondergetekende, patiënt:

[Naam] .....  
[Geboortedatum verzekerde] .....  
[Verzekernummer] .....  
[BSN] .....

Geeft bij deze toestemming aan ondergenoemde zorgaanbieder, dat deze de op deze verklaring genoemde gegevens **wel** mag delen met de zorgverzekeraar van de patiënt.

[Naam zorgaanbieder] ..... *EKELENKAMP, J.C. | EKELENKAMP PSYCHOTHERAPEUT & PSYCHOLOGIE*  
[AGB-code zorgaanbieder] ..... *AGB-P: 94002222*  
[Naam regiebehandelaar] ..... *EKELENKAMP, J.C.*  
[AGB-code regiebehandelaar] ..... *AGB-ZV: 94002646*

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 of het basis-ggz profiel 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 of het basis-ggz profiel van de patiënt 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 gevolgen voor u zijn als u geen toestemming verleent. Als u de gegevens over de DSM-hoofdgroep diagnose of het basis-ggz profiel 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 of basis-ggz profiel- 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: *ALMELO* .....

DATUM: .....

Handtekening patiënt

Handtekening regiebehandelaar *[Handwritten signature]*

versie: 21 november 2024

© LVVP, november 2024

Met deze toestemmingsverklaring faciliteert de LVVP haar leden en andere zorgaanbieders die vanwege het ontbreken van regelgeving van de overheid deze toestemmingsverklaring per 1 januari 2025 nodig hebben, voor zolang deze regelgeving ontbreekt.