

**Toestemmingsverklaring Zorgprestatie model (ggz)**

Ondergetekende, patiënt:

[Naam] .....  
[Geboortedatum verzekerde] .....  
[Verzekerdnummer] .....  
[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] ..... *EHELENNAMP, PSYCHOTHERAPIE & PSYCHOLOGIE*  
[AGB-code zorgaanbieder] ..... *94-002222*  
[Naam regiebehandelaar] ..... *EHELENNAMP, J.-C.*  
[AGB-code regiebehandelaar] ..... *94-002646*

U heeft samen met uw behandelaar een behandeling met ggz-zorg afgesproken. Voor deze behandeling registreerde uw behandelaar tot 1 januari 2025, in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna NZa), gegevens over uw zorgvraag: de DSM-hoofdgroep diagnose of het basis-ggz profiel. Deze gegevens werden gedeeld met de zorgverzekeraar of vermeld op de factuur. De verplichting om deze gegevens met de zorgverzekeraars te delen volgde uit regelgeving van de NZa in het kader van de declaratie die geldig was tot en met 31 december 2024.

Per 1 januari 2025 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 kunnen controleren. De minister van VWS zal hiertoe verduidelijkende regelgeving maken. Totdat die regelgeving gepubliceerd is werken we met toestemming van de patiënt voor het delen van deze gegevens met de zorgverzekeraar. 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, kunt u dit bevestigen door het invullen van een addendum op de privacyverklaring (zie volgende pagina). De declaratie voor de aan u te verlenen zorg wordt dan wel voldaan.

Met deze toestemmingsverklaring geeft u 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 voor uw zorgverzekeraar. Deze toestemming kunt u op ieder moment intrekken. Informatie die via de factuur reeds beschikbaar is gesteld aan de zorgverzekeraar, kan niet met terugwerkende kracht worden vernietigd.

PLAATS: .....

DATUM: .....

Handtekening patiënt

Handtekening regiebehandelaar

