**Privacyverklaring Zorgprestatiemodel GGZ Friesland**

Ondergetekende:

[Naam] ……………………………………………

[Geboortedatum] ……………………………………………

[Verzekerden/polis-nummer] ……………………………………………

[BSN] ……………………………………………

verklaart:

1. Een behandelrelatie in het kader van ggz zorg aangegaan te zijn met GGZ Friesland (AGB 06290204), waarvoor GGZ Friesland een tarief in rekening wenst te brengen overeenkomstig de Wet marktordening gezondheidszorg.

*Vermelding bij declaratie*

1. Dat ondergetekende er uit oogpunt van bescherming van de persoonlijke levenssfeer bezwaar tegen heeft, dat gegevens die te herleiden zijn tot een door GGZ Friesland met betrekking tot ondergetekende gestelde diagnose en/of zorgvraagtypering, bij de declaratie worden vermeld.
2. Dat GGZ Friesland, in overeenstemming met artikel 4.3 van de Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg, vermelding van de onder 2 vermelde gegevens achterwege zal laten. Dit betreft concreet de DSM-hoofdgroepdiagnose, de antwoorden op de HoNOS+vragen, gegevens met betrekking tot de zorgvraagtypering, de Wvgg-of Wzd-historie, Acute-ggz historie en prestatiecodes.

*Aanlevering aan NZa*

1. Dat ondergetekende er uit oogpunt van bescherming van de persoonlijke levenssfeer bezwaar tegen heeft, dat gegevens die te herleiden zijn tot een door GGZ Friesland met betrekking tot ondergetekende gestelde diagnose en/of zorgvraagtypering, aan de NZa worden aangeleverd.
2. Dat GGZ Friesland, in overeenstemming met artikel 4.3 van de Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg, de aanlevering van de onder 4 bedoelde gegevens aan de NZa achterwege zal laten. Dit betreft concreet de DSM-hoofdgroepdiagnose, de antwoorden op de HoNOS+vragen, gegevens met betrekking tot de zorgvraagtypering, de Wvgg-of Wzd-historie, Acute-ggz historie en prestatiecodes.

PLAATS: …………………………………………

DATUM: ……………………………………………

Handtekening