**PRIVACY-VERKLARING CLIËNTGEGEVENS**

**Praktijk De Beken, Zwolle**

adres : Ruurlosebeek 31, 8033 DW Zwolle AGB-code praktijk : 94000126

telef. : 038-4526480 AGB-code behandelaar : 94000163

e-mail : ekverhagen@outlook.com

**Verklaring omtrent het omgaan met mijn persoonlijke / medische gegevens**

Ondergetekende,

Naam : ………………………………………………..

Voorletters : ………………………………………………..

Adres : ………………………………………………..

Postcode en woonplaats : ………………………………………………..

Geboortedatum : ………………………………………………..

Burgerservicenummer (BSN) : ………………………………………………..

Startdatum behandeltraject : ………………………………………………..

verklaart hierbij:

* ☐ wel ☐ geen bezwaar te hebben tegen berichtgeving aan mijn huisarts of verwijzer.
* ☐ wel ☐ geen bezwaar te hebben tegen het vermelden van mijn diagnosegegevens

op de declaratie naar de zorgverzekeraar.

en wenst op basis hiervan voor dit behandeltraject gebruik te maken van de privacyregeling, voor zover er geen wettelijke verplichting rust op de aanlevering van gegevens.

Datum : ………………………………………………..

Handtekening : ………………………………………………..

Dit formulier s.v.p. volledig invullen en zo spoedig mogelijk aan de praktijk retourneren.

Na het maken van een kopie krijgt u het origineel terug om in te dienen bij uw ziektekostenverzekering.