

Privacyverklaring zorgnota

Ondergetekenden:

Invullen door patiënt (verzekerde):

Voorletters en Achternaam:

Geboortedatum:

Zorgverzekeringsnummer:

Burger Service Nummer (BSN):

Invullen door behandelend arts (zorgaanbieder):

DBC-traject: Openingsdatum:

Praktijk/instelling: Gelre ziekenhuizen

Adres: Postbus 9014, 7300 DS Apeldoorn / Postbus 9020, 7200 GZ Zutphen (n.v.t. doorhalen)

AGB-code Gelre ziekenhuizen: 06010536

Naam behandelend arts:

AGB-code uitvoerder (arts):

verklaren:

1. Dat tussen partijen een behandelrelatie bestaat, waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening wenst te brengen overeenkomstig de Wet marktordening gezondheidszorg.
2. Dat de patiënt uit oogpunt van bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer er bezwaar tegen heeft dat de navolgende informatie op de zorgnota wordt vermeld:
 - de zorgactiviteiten (zie punt 3);
 - de indicatie van add-on geneesmiddelen (zie punt 4).
3. Dat de zorgaanbieder (met inachtneming van artikel 36 lid 2 en artikel 37 lid 3 van de Regeling Medisch specialistische zorg), vermelding van zorgactiviteiten (als bedoeld in artikel 36 lid 1, onderdeel r, en artikel 37 lid 1, onderdeel e, van de Regeling Medisch specialistische zorg), achterwege zal laten.
4. Dat de zorgaanbieder (met inachtneming van artikel 37 lid 3 van de Regeling Medisch specialistisch zorg), vermelding van de indicatie van add-on geneesmiddelen (als bedoeld in artikel 37 lid 1, onderdeel m, van de Regeling medisch specialistische zorg), achterwege zal laten.

PLAATS:

DATUM:

Handtekening patiënt

Handtekening zorgaanbieder

.....

.....

Invullen en inleveren

Dit formulier vult u in met uw behandelend arts en levert u in bij de polikliniekassistent. Gelre ziekenhuizen zorgt ervoor dat uw zorgverzekeraar op de hoogte is van uw wensen over informatie op de zorgnota.

Vragen? Bel afdeling patiëntenadministratie: maandag t/m vrijdag 8.00 – 16.30 uur, tel: 055 – 581 10 74.