**PRIVACYVERKLARING basis GGZ**

Ondergetekenden

**Naam .....................................**

**Geboortedatum .....................................**

**BSN .....................................**

**en**

**GGZ Friesland** Sixmastraat 2
 8932 PA Leeuwarden

**AGB-code GGZ Friesland** 06290204

**verklaren:**

1. dat tussen partijen een behandelrelatie is aangegaan, waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening wenst te brengen overeenkomstig de Wet markordening gezondheidszorg.

***aanlevering gegevens aan DIS***

1. Dat de patiënt er uit het oogpunt van bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bezwaar tegen heeft, dat MDS-gegevens als bedoeld in artikel 5 van de Regeling ‘Verplichte aanlevering minimale dataset gespecialiseerde GGZ’, aan DIS worden aangeleverd.
2. Dat de zorgaanbieder, in overeenstemming met artikel 6 van de Regeling ‘Verplichte aanlevering minimale dataset gespecialiseerde GGZ’, de aanlevering van de onder 2 bedoelde MDS-gegevens aan DIS achterwege zal laten.

**PLAATS: .....................................**

 **DATUM: .....................................**

**Handtekening patiënt Handtekening zorgaanbieder**