|  |  |
| --- | --- |
| Voornaam Client |  |
| Volledige naam Client |  |
| Geboortedatum |  |
| BSN |  |
| Ziektekostenverzekering |  |
| Polisnummer |  |
| Adres |  |
| Postcode , plaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mailadres |  |
|  |  |
| Huisarts |  |
| Verwijzer (omcirkel:) | Huisarts ja / anders: |
|  |  |

Eerdere of op dit moment lopende andere hulpverlening:

Toestemming beknopte rapportage naar huisarts: ja/nee

Toestemming contact met andere hulpverlener: ja/nee

Toestemming opvragen eerdere onderzoeksrapportage: ja/nee

Beschrijf kort uw reden van aanmelding en uw hulpvraag:

Wij hebben **GEEN** contracten met de verzekeraar VGZ, ASR, DSW en ENO. Of u voor vergoeding in aanmerking komt dient u zelf te controleren. U ontvangt zelf de factuur en bent verantwoordelijk voor betaling. De factuur kunt u indien mogelijk indienen bij de verzekeraar.

**Ondergetekende stemt in met de start van een psychologisch traject**

en

**Ondergetekende(n) stemt in met verstrekken van wettelijk verplichte informatie aan de zorgverzekeraar in verband met vergoeding van kosten psychologisch onderzoek c.q. behandeling in het kader van de basisverzekering.**

**Tevens stemt ondergetekende in met het (voor zorgverleners wettelijk verplicht) aanleveren van gegevens aan DBC- Informatie Systeem, (DIS), overeenkomstig de daarvoor geldende wetgeving rondom privacy.**

Indien u bezwaar heeft tegen het uitwisselen van informatie kunt u dit aangeven op het privacydocument, dat ook te downloaden is via de website.

Datum:

Handtekening

 **TOESTEMMINGSVERKLARING ZORG OP AFSTAND GGZ**

*Met de inzet van zorg op afstand vindt ggz-behandeling op afstand plaats via een online programma in plaats van een behandeling in de praktijk van de ggz-aanbieder. Met behulp van een PC / laptop, telefoon of tablet kunnen de cliënt en de behandelaar via een camera en audio communiceren. Zorg op afstand wordt ingezet waar dat naar het oordeel van de behandelaar geschikt is voor de behandeling.*

*Vanwege privacyregels is het nodig dat u voor uzelf - of als wettelijk vertegenwoordiger van een kind tot 16 jaar - toestemming geeft voor het gebruik van zorg op afstand.*

**Ik geef:**

* aan Cindy van de Velde van psychologenpraktijk PiP Hilversum toestemming voor de inzet van een videoconsult en daarmee voor de verwerking van mijn persoonsgegevens in het kader van de zorgrelatie;
* mijn akkoord met het gebruik van het programma videoconsult. Clickdoc;
* mijn akkoord met de privacyverklaring van deze applicatie, die vind ik via deze link; <https://ecs.elvi.world/ecs/documents/get/elvi.dataprivacy?context=videoconsult.clickdoc.nl&lang=nl>

**NB**: Door Cindy van de Velde worden geen opnames gemaakt en chatgesprekken worden verwijderd.

**Naam:**

 **Geboortedatum:**

*(Indien van toepassing)*

Gegevens ouders/voogd/wettelijk vertegenwoordiger van cliënt

**Naam volledige naam ouders/voogd/wettelijkvertegenwoordiger**

 **SVP retourneren via een reply op het bijgevoegde mailbericht. Zonder reply kan (niet langer) behandeling via zorg op afstand plaatsvinden.**