



Toestemmingsverklaring psychologische zorg en informatie-uitwisseling

Hierbij verklaar ik:

Naam:

Geboortedatum:

Vink aan:

- Akkoord te gaan met psychologische zorg vanuit Praktijk voor Kinder- en Jeugdpsychologie Maas en Waal en tevens het document 'Informatie en samenwerkingsafspraken' (zie praktijkmaasenwaal.nl/downloads) te hebben gelezen en hiermee akkoord te gaan.
- Akkoord te gaan met het Privacy statement (zie praktijkmaasenwaal.nl/downloads).
- Akkoord te gaan met het uitwisselen van informatie tussen de behandelaar en een andere hulpverlener of instantie, ten behoeve van de behandeling. Streep eventueel betreffende hulpverlener / instantie door waar geen toestemming voor gegeven wordt: huisarts, school/opleiding, fysiotherapeut, logopedist of een andere en/of eerder betrokken hulpverlener. Spoedeisende situaties uitgezonderd, zal dit altijd eerst besproken worden.
- Toestemming te geven voor overleg over mijn behandeltraject tussen mijn behandelaar en de collega's van Praktijk voor Kinder- en Jeugdpsychologie Maas en Waal.
- Op de hoogte te zijn dat alle directe tijd, zoals gesprekken, telefonische- en email-contacten, geregistreerd en gedeclareerd wordt bij de zorgverzekeraar.
- Kennis te hebben genomen van en akkoord te gaan met de no show-afspraken. (Bij verhindering dient minimaal 24 uur van tevoren afgemeld te worden. Na 1x coullance zijn de kosten voor eigen rekening. € 25,- bij korter dan 24 uur van tevoren afmelden en € 50,- bij niet afzeggen.)
- Kennis te hebben genomen van en akkoord te gaan met de ROM-afspraken (resultaten van gestandaardiseerde vragenlijsten worden anoniem verstuurd aan het CBS / SBG).
- Akkoord te gaan met het doorsturen van de volgende informatie naar de verzekeraar; inschatting van de benodigde hoeveelheid zorg, de zorgvraagtypering en classificatie volgens de DSM.
- Akkoord te gaan met het doorsturen van de volgende informatie naar de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa); de antwoorden op de HONOS-vragen, het geadviseerd zorgvraagtype, het gekozen zorgvraagtype, de drie elementen over historisch zorggebruik, het geaggregeerde zorggebruik per maand. Deze gegevensstroom bevat geen gegevens die de patiënt direct kunnen identificeren, zoals een naam of pseudo-BSN.
- Op de hoogte te zijn dat aanvullende informatie over de praktijk, werkwijze, dossiervoering, privacy/geheimhouding en klachtenregeling te vinden is op de website van Praktijk voor Kinder- en Jeugdpsychologie Maas en Waal (www.praktijkmaasenwaal.nl). Ook op de websites van diverse beroepsverenigingen, zoals de LVVP, de NVP, het NIP en de NVO is informatie te vinden.

Datum en plaats:

Handtekening:



Mijn ouders zijn **wel / niet** op de hoogte van mijn aanmelding en mogen **wel / niet** geïnformeerd worden over mijn behandeltraject en/of hierbij betrokken worden. Indien gewenste betrokkenheid graag hieronder de contactgegevens van de ouders vermelden (tenzij nog niet vermeld bij aanmelding):

Naam ouder / verzorger		
Telefoonnummer		
Mailadres		

Bijlage - Informatie-uitwisseling

In de tabel hieronder kun je de namen van de contactpersonen toevoegen, waarmee informatie over het behandeltraject mag worden uitgewisseld. Let op: voordat informatie wordt uitgewisseld, wordt hierover altijd met je afgestemd (tenzij er sprake is van een spoedeisende situatie).

	<i>Naam praktijk / instelling</i>	<i>Naam contactpersoon</i>
Huisarts		
School (leerkracht / IB-er; mentor / zorgcoördinator)		
Fysiotherapeut		
Logopedist		
Eerder betrokken hulpverlener:		
Anders; nl.:		