

## Toestemmingsformulier behandelovereenkomst/ Aanmeldformulier

Dit formulier is bedoeld om uw gegevens te inventariseren t.b.v. uw diëtistisch dossier. De hier ingevulde gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. De met een sterretje \* aangeduide velden zijn minimaal nodig om u goed van dienst te kunnen zijn en om bij uw verzekering te kunnen declareren.

### Persoonsgegevens

Cliëntnummer in te vullen door de diëtist	
Naam*	
Voornaam	
Geboortedatum*	
BSN* / ID nr / bron*	
Zorgverzekeraar*/nr*	
Adres* (straat, postcode, plaats)	
Telefoonnummer vast/06	
Email adres	
Huisarts*	
Verwezen door*	
In behandeling voor	

### Toestemming; via deze verklaring ga ik akkoord met onderstaande:

- Ik geef toestemming voor het registreren van mijn gegevens, dit houdt in: de persoonsgegevens en de besproken informatie tijdens een consult. De gegevens worden geregistreerd voor het kunnen bieden van een optimale dieetbehandeling. Deze gegevens zullen conform de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) 15 jaar bewaard worden. Alle persoonsgegevens zijn beveiligd conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Ik heb ten alle tijden recht op inzage, correctie, aanvulling of vernietiging van het dossier.
- Wanneer mijn verzekering de kosten van de behandeling(en) niet (meer) dekt, worden de kosten op mij verhaald. Bijvoorbeeld wanneer de maximale vergoeding is bereikt of er geen aanvullende verzekering is.
- Wanneer ik verhinderd ben, meld ik mij tenminste 24 uur voor mijn afspraak af. De behandeling wordt dan niet in rekening gebracht. Afmelden kan via de mail: [info@dietistvaassen.nl](mailto:info@dietistvaassen.nl) en/of voicemail via telefoonnummer 06 13762913. Bij niet of te laat afmelden zal het consult in rekening gebracht worden.
- Ik geef toestemming voor overleg met derden (huisarts, verwijzer, e.d.), indien dit voor het behandelproces noodzakelijk is.
- Ik geef toestemming voor:  
Het versturen van rapportages naar de verwijzer  Ja  Nee  
Het versturen van rapportages naar de huisarts  Ja  Nee
- Ik heb kennis genomen van de algemene voorwaarden van Diëtistenpraktijk Vaassen Apeldoorn.

U bent ten alle tijden bevoegd tot het intrekken van de verleende toestemming.

Plaats:	Datum:
Handtekening	
Handtekening (indien jonger dan 16 jaar, ondertekenen door ouder/voogd)	