

# ZORGOVEREENKOMST EN PRIVACYVERKLARING

## ALGEMENE GEGEVENS

geslacht  man  vrouw

voornaam \_\_\_\_\_ voorletters \_\_\_\_\_

achternaam \_\_\_\_\_ (zoals vermeld op het zorgpasje)

adres \_\_\_\_\_

postcode \_\_\_\_\_ plaats \_\_\_\_\_

telefoonnummer \_\_\_\_\_ emailadres \_\_\_\_\_

geboortedatum \_\_\_\_\_

burgerservicenummer \_\_\_\_\_

zorgverzekeraar \_\_\_\_\_ polisnummer \_\_\_\_\_

## VERWEZEN DOOR (indien van toepassing)

verwijzend arts of therapeut \_\_\_\_\_

adres \_\_\_\_\_

postcode \_\_\_\_\_ plaats \_\_\_\_\_

reden verwijzing \_\_\_\_\_

datum eerste consult \_\_\_\_\_

hulpvraag \_\_\_\_\_

Ik heb de algemene voorwaarden (voor een samenvatting zie de praktijkinformatie) en de privacyverklaring gelezen en ga akkoord met onderstaande:

- Ik geef toestemming voor het registreren van mijn gegevens
- 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 geef toestemming voor de notaopmaak

datum \_\_\_\_\_

handtekening \_\_\_\_\_

**STUUR DIT FORMULIER  
INGEVULD RETOUR  
VOORAFGAAND AAN UW  
EERSTE CONSULT.**