

### Tarieven en vergoeding

Vanaf 2014 wordt niet alle psychologische zorg meer vergoed. Alleen als er sprake is van een psychische stoornis. Is er sprake van verzekerde zorg dan is verwijsbrief van uw huisarts nodig waarin verwezen wordt naar de Basis GGz met een vermoeden van een DSM IV stoornis. De maximum tarieven hiervoor zijn vastgelegd door de NZA (Nederlandse Zorgautoriteit). Afhankelijk van de zorgzwaarte (DSM stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit en beloop klachten) en zorgvraag wordt één van de volgende prestaties bij u in rekening gebracht: kort (€461), middel(€787), intensief (€1234) of chronisch (€1138). U krijgt altijd een voorschotnota van €90 per consult, dat verrekend wordt met de eindnota die u aan uw verzekering kunt doorsturen. Daarnaast is er nog een tarief voor een onvolledig behandeltraject (€188) als de behandeling na 1 of 2 gesprekken wordt beëindigd. Is er geen sprake van verzekerde zorg, dan krijgt u een nota van € 90 per consult (OVP).

Behandeling Prestatie/product	Tarief	Max. aantal minuten	Gemiddeld aantal gesprekken	Verzekerde zorg
Kort (BK)	€ 461,00	294 min.	± 1 tot ± 5	ja
Middel (BM)	€ 787,00	495 min.	± 5 tot ± 8	ja
Intensief (BI)	€ 1.234,00	750 min.	± 8 tot ± 13	ja
Chronisch (BC)	€ 1.138,00	753 min.	± 8 tot ± 13	ja
Onvolledig behandeltraject	€ 188,00	120 min.	1 tot 2	ja
Overige prestatie (OVP)	€ 90,00	45 min. per gesprek	onbeperkt	nee
Coaching	€ 90 (ex btw)	45 min. per gesprek	onbeperkt	nee

Telefonisch consult of e-mailconsult is op basis van tijd. Bij onverzekerde zorg: 5 tot 15 min. €30,00, 15 tot 30 min. €60,00.

Ik heb geen contracten met zorgverzekeraars afgesloten, u krijgt zelf de rekening die u – het liefst via een machtiging voor automatische incasso - aan mij betaalt. Bij verzekerde zorg kunt u een deel van de factuur van uw zorgverzekeraar terugkrijgen. Informeer bij uw zorgverzekeraar. U heeft een eigen risico in 2015 van 375 euro.

### Bereikbaarheid en afzeggen afspraken

Op maandag- t/m donderdagavond tussen 18.00 uur en 18.30 uur is er meestal telefonisch spreekuur. Op het antwoordapparaat kunt u een boodschap achterlaten. Wilt u een afspraak afzeggen, doe dat altijd telefonisch en een werkdag van 24 uur van te voren (anders krijgt u - ongeacht de reden van afmelding - toch een factuur).

### Geheimhoudingsplicht

Registratie van uw gegevens vindt plaats volgens de Wet Bescherming Persoonsgegevens. U heeft inzagerecht in uw dossier. Alles wat u tijdens de behandeling vertelt valt onder het beroepsgeheim. Zonder uw uitdrukkelijke toestemming wordt geen enkele informatie aan anderen verstrekt. Ik ben wettelijk verplicht op de factuur voor verzekerde zorg, privacy-gevoelige informatie te vermelden, tenzij u een privacy-verklaring invult.

### Klachten

Als u klachten heeft, bespreek dat dan met mij. Is dit voor u niet bevredigend dan kunt u terecht bij de beroepsorganisaties waar ik lid van ben, zoals het NIP. Ik werk volgens de beroepscode die het NIP heeft opgesteld. U kunt bij het College van Toezicht van het NIP, schriftelijk uw klacht indienen. (zie [www.psynip.nl](http://www.psynip.nl)).

### Uw machtiging

*Hierbij verklaar ik\* geïnformeerd te zijn over bovenstaande. Ik ben op de hoogte van de tarieven en de betalingsvoorwaarden. Ik machtig hierbij Mevr LC van Leeuwen om de verschuldigde kosten van mijn behandeling van mijn rekening af te schrijven. De afschrijving kan ik binnen 8 weken na afschrijving door mijn bank laten terugboeken.*

*Ik geef toestemming aan mevr. drs. L.C. van Leeuwen om ten behoeve van mijn psychologische behandeling, schriftelijk en mondeling informatie uit te wisselen met:*

*mijn huisarts (vul naam in) ..... en/ of anderen .....*

Mijn naam: ..... Geb. datum:..... Bankrekening: .....

E-mailadres:..... Datum:..... Handtekening:.....

*\* Bij minderjarigen: handtekening door de ouder/voogd die daarmee ook verklaard door (indien van toepassing) de andere ouder/voogd hiertoe gemachtigd te zijn en akkoord te zijn met de behandeling door Mw LC van Leeuwen.*

## PRIVACYVERKLARING cq VERKLARING VAN BEZWAAR

Ondergetekenden: **Cliënt**

Naam: .....  
Geboortedatum: .....  
Verzekernummer: .....  
BSN: .....  
Prestatie: Openingsdatum: .....

en **Zorgaanbieder:**

Praktijk voor eerstelijnspsychologie, Mevr. L.C. van Leeuwen  
Ameroever 28 – 4926 EC Lage Zwaluwe  
AGB-code Praktijk: 94-000372 - AGB-code behandelaar: 94-000598

Verklaren: Dat tussen partijen een behandelrelatie is aangegaan, waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening brengt overeenkomstig de Wet marktordening gezondheidszorg, welke vermeld staan op de website van zorgaanbieder.

*Cliënt verklaart bezwaar te maken, uit oogpunt van bescherming van zijn/haar persoonlijke levenssfeer, tegen de aan zorgaanbieder opgelegde verplichting om zijn/haar diagnostische en/of behandelgegevens aan derden te verstrekken zonder zijn/haar uitdrukkelijke toestemming. Zoals onder meer maar niet uitsluitend diagnostische en/of behandelgegevens via een MDS (minimale dataset curatieve GGZ) als bedoeld in de Regeling 'Verplichte aanlevering aan DIS ' en verklaart dat hij/zij wil dat de zorgaanbieder aanlevering achterwege zal laten. Het is de wil van cliënt dat de medisch inhoudelijke behandelinformatie waarover zorgaanbieder beschikt op grond van deze verklaring zonder de uitdrukkelijke, geïnformeerde toestemming van cliënt ook niet worden ingezien door of verstrekt aan enige derde op basis van informatieverplichtingen opgelegd aan de zorgaanbieder.*

Plaats: ..... Datum: .....

Handtekening cliënt: Handtekening zorgaanbieder

Deze verklaring wordt opgenomen in uw dossier en bij controleprocedures door Zorgverzekeraar(s) en/of de Nederlandse Zorgautoriteit zal nadrukkelijk worden gewezen op uw verklaring van bezwaar.

## PRIVACYVERKLARING cq VERKLARING VAN BEZWAAR

Ondergetekenden: **Cliënt**

Naam: .....  
Geboortedatum: .....  
Verzekernummer: .....  
BSN: .....  
Prestatie: Openingsdatum: .....

en **Zorgaanbieder:**

Praktijk voor eerstelijnspsychologie, Mevr. L.C. van Leeuwen  
Ameroever 28 – 4926 EC Lage Zwaluwe  
AGB-code Praktijk: 94-000372 - AGB-code behandelaar: 94-000598

Verklaren: Dat tussen partijen een behandelrelatie is aangegaan, waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening brengt overeenkomstig de Wet marktordening gezondheidszorg, welke vermeld staan op de website van zorgaanbieder.

*Cliënt verklaart bezwaar te maken, uit oogpunt van bescherming van zijn/haar persoonlijke levenssfeer, tegen de aan zorgaanbieder opgelegde verplichting om zijn/haar diagnostische en/of behandelgegevens aan derden te verstrekken zonder zijn/haar uitdrukkelijke toestemming. Zoals onder meer maar niet uitsluitend diagnostische en/of behandelgegevens via een MDS (minimale dataset curatieve GGZ) als bedoeld in de Regeling 'Verplichte aanlevering aan DIS ' en verklaart dat hij/zij wil dat de zorgaanbieder aanlevering achterwege zal laten. Het is de wil van cliënt dat de medisch inhoudelijke behandelinformatie waarover zorgaanbieder beschikt op grond van deze verklaring zonder de uitdrukkelijke, geïnformeerde toestemming van cliënt ook niet worden ingezien door of verstrekt aan enige derde op basis van informatieverplichtingen opgelegd aan de zorgaanbieder.*

Plaats: ..... Datum: .....

Handtekening cliënt: Handtekening zorgaanbieder

Deze verklaring wordt opgenomen in uw dossier en bij controleprocedures door Zorgverzekeraar(s) en/of de Nederlandse Zorgautoriteit zal nadrukkelijk worden gewezen op uw verklaring van bezwaar.