

## PRIVACY STATEMENT // DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

### The Undersigned (Client)/ Firmante (Cliente):

[Name/Nombre] .....

[Date of birth/Fecha de nacimiento] .....

[Insurance number/Número de póliza] .....

[Identification number/Número de identidad] .....

[Treatment's beginning date/Fecha de inicio del tratamiento] .....

### And (Practitioner)/Y (Facultativa)

[Healthcare institution/Nombre de la consulta] Psychology within Reach / Psicología al Alcance

[Practitioner's name/Nombre de la facultativa] Nuria Maldonado Bellido, MSc.

[Address/Dirección] Vuurvlindersingel 403, 3544DB Utrecht, Holland

[Healthcare institution's AGB-code/Código AGB de la consulta] 94063450

[Practitioner's AGB-code/Código AGB de la facultativa] 94103343

### State / Declaran:

1. That between the parties a treatment relationship has been engaged, for which the healthcare provider wishes to charge in accordance with the law of healthcare market. / Que, entre las partes, se ha establecido una relación terapéutica, por la cual la facultative desea facturar una tarifa acorde a la legislación del mercado sanitario.

### Data provision to DIS and SBG/Provisión de datos a DIS y SBG:

2. That the client, from the point of view of protection of privacy, expressly **objects** to deliver data from his/her personal life, namely the MDS data (Minimum Dataset including ROM) as it is referred to in article 5 of the regulation of General Basic GGZ, to DIS and SBG via SVR. / Que la persona en tratamiento (cliente), desde el punto de vista de la protección de su privacidad, **objeta** expresamente a la provisión de datos de su vida personal, a saber los datos MDS (Conjunto de datos mínimos, incluyendo ROM) a los que se refiere el artículo 5 de la regulación de GBGGZ, tanto al DIS como al SBG vía SVR.
3. That client expressly requests the practitioner **not** to provide the MDS-data, mentioned under number 2, nor to DIS neither to SBG via SVR. / La persona en tratamiento (cliente) solicita expresamente a la facultativa **no** proporcionar los datos MDS, mencionados en el apartado 2, ni al DIS ni al SBG vía SVR.

PLACE/LUGAR: .....

DATE/FECHA: .....

Client's signature / Firma de cliente

Practitioner's signature/Firma de facultativa

.....

.....  
