

AGB-wijzigingsformulier

DIS-gebruikersnaam			Datum	
Praktijk-/instellingsnaam				
Geleverde zorg	<input type="checkbox"/> somatische zorg (sz) <input type="checkbox"/> generalistische basis ggz (gbg) <input type="checkbox"/> specialistische ggz (ggz) <input type="checkbox"/> forensische zorg (fz)			
Oude AGB praktijk-/instellingscode				
Nieuwe AGB praktijk-/instellingscode				
Naam				
Adres				
Postcode /woonplaats				
Telefoon-/faxnummer				
Naam contactpersoon			<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	
E-mail contactpersoon (t.b.v. verstrekken inloggegevens/notificaties)				
Softwareleverancier van de zorgaanbieder				
Wie is uw softwareleverancier voor de DIS-aanleveringen met de nieuwe AGB- code?				
Naam softwarepakket				
Wat wordt uw eerste aanlevermaand met de nieuwe AGB-code?				
Kenmerk Geef aan in welk categorie uw organisatie nu valt	<input type="checkbox"/> algemeen ziekenhuis	<input type="checkbox"/> puk	<input type="checkbox"/> psychiatrische polikliniek	
	<input type="checkbox"/> categorale instelling	<input type="checkbox"/> paaz	<input type="checkbox"/> verpleging & verzorging	
	<input type="checkbox"/> zelfstandig behandelcentrum	<input type="checkbox"/> ggz-instelling	<input type="checkbox"/> zelfstandig gevestigd psychiater/ psychotherapeut	
	<input type="checkbox"/> extramurale instelling	<input type="checkbox"/> gehandicaptenzorg	<input type="checkbox"/> dyslexie	

Ondertekening zorgaanbieder			
Naam	Handtekening	<div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 50px;"></div>
Functie		

S.v.p. dit formulier volledig ingevuld en ondertekend opsturen naar:
 NZa, Afdeling ZIC, postbus 3017, 3502 GA Utrecht of info@nza.nl