



MODEL VOOR NATIONALE CONTACTPUNTEN

*voor goede informatievoorziening aan
aanbieders van grensoverschrijdende
gezondheidszorg¹*

Model voor nationale contactpunten

voor goede informatievoorziening aan aanbieders van grensoverschrijdende gezondheidszorg¹

Zorgaanbieders

In Richtlijn 2011/24/EU* wordt gewezen op de noodzaak van passende en duidelijke voorlichting over alle aspecten van grensoverschrijdende gezondheidszorg* om patiënten in staat te stellen hun rechten in de praktijk uit te oefenen. Nationale contactpunten* voor grensoverschrijdende gezondheidszorg (NCP's) hebben de cruciale verantwoordelijkheid om mobiele patiënten van die informatie te voorzien.

Daarnaast zijn NCP's verplicht patiënten indirect te informeren door andere actoren binnen de grensoverschrijdende gezondheidszorg*, zoals zorgaanbieders, nationale gezondheidsdiensten*/ziektekostenverzekeraars* en patiëntenorganisaties, van informatie te voorzien.

NCP's kunnen het volgende model gebruiken als uitgangspunt voor de verstrekking van essentiële informatie op hun website of in persoonlijk advies aan zorgaanbieders die buitenlandse patiënten behandelen op grond van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009 inzake sociale zekerheid* en Richtlijn 2011/24/EU*.

Het staat u vrij de onderstaande tekst geheel of gedeeltelijk te kopiëren op uw NCP-website of in uw communicatie met zorgaanbieders.

Afwijzing van aansprakelijkheid

Dit document is opgesteld op grond van het Gezondheidsprogramma (2014-2020) in het kader van een specifieke overeenkomst met het Uitvoerend Agentschap voor consumenten, gezondheid, landbouw en voeding (Chafea), dat handelt onder het mandaat van de Europese Commissie. Dit verslag is een weergave van de zienswijzen van de contractant, die de volledige verantwoordelijkheid voor de inhoud draagt; het verslag mag in geen geval worden opgevat als een weergave van de zienswijzen van de Europese Commissie en/of Chafea dan wel enige andere instantie van de Europese Unie. De Europese Commissie en/of Chafea garanderen niet

¹ De termen in dit model waar een sterretje (*) achter staat, worden in de begeleidende alfabetische woordenlijst uitgelegd.

Inhoudsopgave

① **Het recht van patiënten op grensoverschrijdende gezondheidszorg**

- 1.1. Rechtskader: Verordeningen inzake sociale zekerheid* en Richtlijn 2011/24/EU*
- 1.2. Ongeplande versus geplande behandeling in het buitenland
- 1.3. Bewijsstuk nodig voor behandeling onder ziekenfondsverzekering

② **Verplichtingen van de zorgaanbieder**

- 2.1. Verplichtingen vóór behandeling
- 2.2. Verplichtingen tijdens behandeling
- 2.3. Verplichtingen na behandeling

③ **Recepten**

① Rechten van patiënten op grensoverschrijdende gezondheidszorg

1.1. Rechtskader: Verordeningen inzake sociale zekerheid* en Richtlijn 2011/24/EU*

In het kader van het zogeheten Europese *recht op grensoverschrijdende gezondheidszorg** hebben buitenlandse patiënten uit andere landen van de EU*/EER* of uit Zwitserland* recht op toegang tot gezondheidszorg in het buitenland en op vergoeding van de kosten door hun land van herkomst*.

Grensoverschrijdende gezondheidszorg* kan worden gedefinieerd als het recht op *toegang tot medische diagnose en medische behandeling, evenals op het laten voorschrijven en verstrekken van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen buiten het land waar men woont, in ieder ander land van de EU*/EER* of in Zwitserland** (waarbij er geen sprake hoeft te zijn van een gemeenschappelijke geografische grens tussen beide landen).

De specifieke rechten van een patiënt hangen grotendeels af van de redenen voor zijn of haar verblijf in het buitenland en het rechtsinstrument van de EU op grond waarvan hij of zij toegang probeert te verkrijgen tot grensoverschrijdende gezondheidszorg: op grond van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009 inzake sociale zekerheid* of op grond van Richtlijn 2011/24/EU*.

1.1.1. Rechten op grond van de verordeningen inzake sociale zekerheid*:

Op grond van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009 inzake sociale zekerheid* hebben patiënten uit andere landen van de EU*/EER* of uit Zwitserland recht op vergoeding van de kosten voor behandeling, *alsof zij zijn verzekerd binnen het socialezekerheidsstelsel van de lidstaat van behandeling**. Deze patiënten worden daarom beschouwd als binnenlandse patiënten met een ziekenfondsverzekering en met recht op publieke gezondheidsdiensten.

Let op: om recht te hebben op behandeling als patiënt met een ziekenfondsverzekering moet de patiënt een bewijsstuk over kunnen leggen dat is afgegeven door de nationale gezondheidsdienst/ziektekostenverzekeraar* van zijn of haar eigen land (zie punt 1.3.).*

De kosten van patiënten worden vergoed op basis van de betalingswijze en de tarieven die gelden in de lidstaat van behandeling*. De buitenlandse patiënt moet dezelfde behandeling krijgen als een patiënt met een ziekenfondsverzekering. Als een behandeling kosteloos is voor binnenlandse patiënten*, kunnen buitenlandse patiënten dus ook gebruikmaken van betaling aan derden*. In dat geval kunt u uitsluitend de eventuele eigen bijdrage/het remgeld* rechtstreeks aan de patiënt in rekening brengen. De lokale socialezekerheidsinstantie is daarbij betrokken en zal u betalen volgens de geldende standaardtarieven voor gezondheidsdiensten die onder het socialezekerheidsstelsel/de nationale gezondheidsdienst* vallen. Wanneer binnenlandse patiënten echter alle medische kosten zelf vooraf moeten betalen, moet u ook bij buitenlandse patiënten om vooruitbetaling* vragen. De patiënt heeft dan het recht achteraf vergoeding aan te vragen bij de lokale socialezekerheidsinstantie of bij de eigen nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* na terugkeer in eigen land. Als patiënten meer informatie nodig hebben over vergoedingen en kosten, adviseer hun dan contact op te nemen met de eigen nationale

gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* of met het nationale contactpunt* van hun land van herkomst*.

Let op: over het algemeen kunt u buitenlandse patiënten alleen behandelen op grond van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009 inzake sociale zekerheid*, als u een overeenkomst hebt met of bent aangesloten bij het socialezekerheidsstelsel en het recht hebt ziekte-uitkeringen te verstrekken die onder de ziekenfondsverzekering/nationale gezondheidsdienst vallen. Laat de patiënt altijd weten wat uw registratiestatus is!

1.1.2. Rechten op grond van Richtlijn 2011/24/EU*:

Op grond van Richtlijn 2011/24/EU* hebben patiënten het recht op toegang tot gezondheidszorg in ieder ander land van de EU*/EER* en op vergoeding van de kosten in hun land van herkomst*, *als of de behandeling op het grondgebied van het land van herkomst* van de patiënt plaatsvindt.*

Wanneer de patiënt toegang tot behandeling probeert te verkrijgen op grond van Richtlijn 2011/24/EU*, moet hij of zij worden behandeld als een binnenlandse patiënt met een particuliere ziektekostenverzekering.

U brengt alle medische en overige kosten rechtstreeks aan de patiënt in rekening. Let op: u moet voor deze patiënten dezelfde tarieven hanteren als voor binnenlandse patiënten. De patiënt heeft het recht achteraf vergoeding aan te vragen bij de eigen nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* na terugkeer in eigen land. Als patiënten meer informatie nodig hebben over vergoedingen en kosten, adviseer hun dan contact op te nemen met de eigen nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* of met het nationale contactpunt* van hun land van herkomst*.

Patiënten moeten zich er wel van bewust zijn dat zij alleen recht hebben op vergoeding van de kosten op grond van Richtlijn 2011/24/EU* als de behandeling onder het socialezekerheidsstelsel van hun land van herkomst* valt. Alvorens behandeling te ondergaan op grond van Richtlijn 2011/24/EU* moet de patiënt contact opnemen met de nationale gezondheidsdienst*/ziektekostenverzekeraar* in zijn of haar thuisland voor meer informatie.

1.2. Ongeplande versus geplande behandeling in het buitenland

Er wordt onderscheid gemaakt tussen ongeplande* en geplande medische behandeling* in het buitenland. Op basis van de vraag of de patiënt al dan niet naar het buitenland is gereisd met het uitdrukkelijke doel om toegang te krijgen tot gezondheidszorg, gelden er verschillende regels.

Meer bepaald: het verschil tussen ongeplande* en geplande behandeling* is de reden waarom de patiënt in het buitenland verblijft.

- Ongeplande behandeling*: de patiënt heeft medisch noodzakelijke behandeling* nodig als gevolg van plotselinge ziekte of verwonding, terwijl hij of zij in het buitenland is, bijvoorbeeld tijdens een vakantie, zakenreis, familiebezoek of studie-uitwisseling (zie punt 2.1.).
- Geplande behandeling*: de behandeling in het buitenland is de uitdrukkelijke reden dat de patiënt in het buitenland verblijft.

1.2.1. Ongeplande behandeling*:

Wanneer een patiënt een plotselinge ziekte of verwonding oploopt tijdens zijn of haar

verblijf in het buitenland, bijvoorbeeld een blindedarmontsteking, auto-ongeluk of ongelukkige val, heeft hij of zij recht op medisch noodzakelijke behandeling* en vergoeding van de kosten door de ziekenfondsverzekering*/nationale gezondheidsdienst* van zijn of haar land van herkomst*.

Om precies te zijn heeft de patiënt recht op medisch noodzakelijke behandeling*, oftewel behandeling vanwege plotselinge ziekte of verwonding die niet kan worden uitgesteld en die de patiënt nodig heeft om te voorkomen dat hij of zij wordt genoodzaakt om voor het einde van de geplande verblijfsduur naar huis terug te keren. De behandeling mag in geen geval de reden zijn geweest dat de patiënt naar het buitenland is gegaan. Het is aan u om te bepalen of de behandeling medisch noodzakelijk* is of niet.

Behandeling vanwege een chronische ziekte (zoals diabetes, astma, kanker of chronische nierziekte) of zwangerschap tijdens een kort verblijf in het buitenland kan ook als medisch noodzakelijke behandeling* worden beschouwd. Zolang toegang tot medische behandeling*, bijvoorbeeld om te bevallen of te worden behandeld in verband met zwangerschap of een chronische ziekte, niet het uitdrukkelijke doel van het verblijf van de patiënt was, kan de behandeling als medisch noodzakelijk* worden beschouwd op grond van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009 inzake sociale zekerheid*. Een zwangere vrouw die tijdelijk in het land verblijft om dicht bij haar familie te zijn, kan bevallen in het kader van de wettelijke regeling van ongeplande behandeling* in het buitenland, zolang het doel van haar verblijf niet uitsluitend was om te bevallen, maar om dicht bij haar familie te zijn.

Bij vitale zorg waarvoor gespecialiseerde apparatuur of gespecialiseerd personeel nodig is, kan een voorafgaande afspraak met de patiënt nodig zijn om de beschikbaarheid en continuïteit van de behandeling tijdens het verblijf van de patiënt in het buitenland te garanderen. Voorbeelden van dergelijke behandelingen zijn nierdialyse, oxygeentherapie, speciale astmabehandeling en chemotherapie.

De meest gebruikelijke manier waarop buitenlandse patiënten de kosten voor medisch noodzakelijke behandeling* kunnen laten vergoeden, is door een geldige Europese ziekteverzekeringskaart* (EHIC*) te tonen. De EHIC is een bewijs dat iemand recht heeft op publieke gezondheidszorg, dat wordt afgegeven door de nationale gezondheidsdienst*/wettelijke ziektekostenverzekeraar* in het thuisland van de patiënt.

Op vertoon van een geldige EHIC* heeft de patiënt recht op grensoverschrijdende gezondheidszorg* op grond van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009 inzake sociale zekerheid, dat wil zeggen als een patiënt met een ziekenfondsverzekering.

Als de patiënt wordt behandeld zonder geldige EHIC*, of als de EHIC* niet kan worden gebruikt, bijvoorbeeld bij particuliere behandeling of als u als zorgaanbieder niet geregistreerd staat binnen het socialezekerheidsstelsel, moet de patiënt als particuliere patiënt worden behandeld. U hebt dan het recht alle kosten rechtstreeks aan de patiënt in rekening te brengen. Houd er rekening mee dat u voor deze patiënten dezelfde tarieven moet hanteren als voor binnenlandse patiënten. Mogelijk kan de patiënt op grond van Richtlijn 2011/24/EU* vergoeding* aanvragen in zijn of haar land van herkomst*.

1.2.2. Geplande behandeling*:

Op grond van de EU-wetgeving heeft een patiënt die is verzekerd op grond van de

socialzekerheidswetgeving van een land van de EU*/EER*, ook het recht zich te laten behandelen in ieder ander land van de EU*/EER* en de kosten in zijn of haar land van herkomst* te laten vergoeden.

Om te kunnen worden behandeld op grond van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009 inzake sociale zekerheid* moet de betrokken patiënt u een bewijsstuk tonen. Om precies te zijn moet de patiënt een geldig S2-formulier* overleggen. Het S2-formulier* staat bekend als voorafgaande toestemming*, de voorafgaande goedkeuring die de patiënt nodig heeft van de nationale gezondheidsdienst*/ziekttekostenverzekeraar* in zijn of haar thuisland om in het buitenland te kunnen worden behandeld als een publieke patiënt.

Als de patiënt geen geldig S2-formulier* kan tonen, wordt hij of zij als particuliere patiënt behandeld. De patiënt moet de medische kosten dan zelf betalen. Onder bepaalde omstandigheden kan de patiënt vergoeding* aanvragen in zijn of haar land van herkomst*. De lokale socialezekerheidsinstantie is daar echter niet bij betrokken.

1.3. Bewijsstuk nodig voor behandeling ziekenfondsverzekering

De Europese ziekteverzekeringskaart* en het S2-formulier*

Om te kunnen worden behandeld als een patiënt met een ziekenfondsverzekering (en dus onder de wettelijke regeling van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en (EG) nr. 987/2009 inzake sociale zekerheid*) moet de patiënt een bewijsstuk tonen. In geval van medisch noodzakelijke behandeling*, oftewel ongeplande behandeling, volstaat een geldige Europese ziekteverzekeringskaart*. Kan de behandeling echter worden beschouwd als gepland, dan moet de patiënt een geldig S2-formulier* (voorheen het E112-formulier) tonen.

Het is uw taak om zorgvuldig te controleren of de EHIC* geldig is:

- Controleer de authenticiteit van de kaart. Als u twijfelt, kunt u informatie over het herkennen van een geldige EHIC* vinden op <http://www.ec.europa.eu/social>
- Controleer of de kaart geregistreerd staat op de naam van de patiënt en andere identificatiekenmerken bevat. De EHIC* is persoonlijk en elk gezinslid moet een eigen kaart hebben.
- Controleer of de geldigheid van de kaart niet is verlopen.

In sommige gevallen kan de patiënt een voorlopig EHIC*-certificaat tonen. Controleer in dat geval zorgvuldig de geldigheid van dit voorlopige certificaat. Het certificaat moet dezelfde informatie bevatten als een EHIC*.

In geval van geplande behandeling* moet de patiënt u een geldig S2-formulier* tonen (voorheen het E112-formulier) om te kunnen worden behandeld als een patiënt met een ziekenfondsverzekering. Het S2-formulier*, een papieren document van A4-formaat, is een gestandaardiseerd Europees formulier dat door de nationale gezondheidsdienst*/ziekttekostenverzekeraar* van de patiënt wordt verstrekt. Controleer of de behandeling die de patiënt wenst te ontvangen, onder de voorafgaande toestemming* van de nationale gezondheidsdienst*/ziekttekostenverzekeraar* van de patiënt op het S2-formulier valt. Het S2-formulier kan bijvoorbeeld beperkt zijn tot een bepaald soort behandeling of tot behandeling voor een bepaald soort aandoening.

Als de patiënt geen Europees bewijsstuk kan tonen, dat wil zeggen geen geldige EHIC* of geldig S2-formulier*, wordt hij of zij als particuliere patiënt behandeld. Wees u ervan bewust dat u uw tarief of overige kosten niet kunt terugvorderen van de socialezekerheidsinstantie als u patiënten zonder geldig Europees bewijsstuk als

patiënten met een ziekenfondsverzekering behandelt. Laat het de patiënt altijd van tevoren weten als hij of zij de behandeling zelf moet betalen.

S1-* of S3-formulier*

! Let op: het kan gebeuren dat de patiënt u een ander Europees formulier toont, zoals een S1-formulier* (voorheen E106, E109, E121). De patiënt verblijft dan in het land, maar is verzekerd binnen het socialezekerheidsstelsel van een ander land van de EU*/EER* of van Zwitserland. Een gepensioneerde kan bijvoorbeeld kortgeleden naar dit land zijn verhuisd na zijn of haar hele leven in een ander land van de EU*/EER* of in Zwitserland te hebben gewerkt, om zijn of haar pensioenjaren in het buitenland door te brengen of om dichterbij gezinsleden* te zijn.

Het S1-formulier, verstrekt door de socialezekerheidsinstantie van het land waar de patiënt binnen het socialezekerheidsstelsel is verzekerd, is een bewijs dat de patiënt recht heeft op gezondheidszorg in zijn of haar land van verblijf namens het land waar hij of zij voor sociale zekerheid is verzekerd. Dit document kan nodig zijn, wanneer het gaat om gedetacheerde arbeiders, grensarbeiders* of gepensioneerden die in het buitenland verblijven.

Als een patiënt u een S1-formulier* toont, vertel hem of haar dan dat het formulier moet worden verzonden aan de nationale gezondheidsdienst*/ziektelkostenverzekeraar* van het nieuwe land van verblijf. De socialezekerheidsinstantie registreert de patiënt dan en voorziet hem of haar van hetzelfde bewijs dat hij of zij recht heeft op publieke gezondheidszorg als binnenlandse patiënten. Als de betrokken patiënt medisch noodzakelijke behandeling* nodig heeft, voordat hij of zij het S1-formulier* heeft verstuurd en de nodige zaken met de lokale socialezekerheidsinstantie heeft geregeld, kunt u hem of haar behandelen op basis van een particuliere factuur. Nadat de patiënt is geregistreerd, kan hij of zij mogelijk alsnog vergoeding* aanvragen bij de lokale nationale gezondheidsdienst* of bij zijn of haar ziektekostenverzekeraar*.

In sommige gevallen kan een patiënt een voorlopig S3-formulier* tonen. Het S3-formulier*, een Europees formulier voor gepensioneerde grensarbeiders, bevat bewijs dat de patiënt recht heeft op gezondheidszorg in het land waar hij of zij als grensarbeider heeft gewerkt, als hij of zij niet meer is verzekerd op grond van de socialezekerheidswetgeving van dat land. Voor het S3-formulier* gelden dezelfde regels als voor het S1-formulier*. Laat de patiënt weten dat het S3-formulier* naar de lokale nationale gezondheidsdienst*/ziektelkostenverzekeraar* moet worden verstuurd. De socialezekerheidsinstantie registreert de patiënt dan.

② Verplichtingen van de zorgaanbieder

2.1. Verplichtingen vóór behandeling

- **Verbod op discriminatie op basis van nationaliteit**

Weiger nooit om een patiënt te behandelen op basis van enkel zijn of haar nationaliteit. Buitenlandse patiënten hebben recht op gelijke toegang tot gezondheidszorg.

Zorgaanbieders of ziekenhuizen kunnen buitenlandse patiënten alleen weigeren als dit wordt gerechtvaardigd door dwingende redenen van algemeen belang. Hiervan is bijvoorbeeld sprake als er eisen aan de planning worden gesteld waarmee binnenlandse patiënten in het grondgebied worden verzekerd van voldoende en permanente toegang tot kwalitatief hoogwaardige behandeling. Dergelijke

maatregelen kunnen noodzakelijk blijken, wanneer het aantal buitenlandse patiënten zo hoog wordt dat de lokale ziekenhuizen de vraag niet meer kunnen bijbenen, met als gevolg onhoudbare wachtlijsten voor binnenlandse patiënten. Beperkingen van het toelaten van buitenlandse patiënten moeten van tevoren worden bekendgemaakt.

- **Informatievereisten**

U bent verplicht patiënten van de volgende informatie te voorzien, voordat u met een behandeling of medische ingreep begint:

- informatie over de voorgestelde behandeling, met inbegrip van informatie over de behandelprocedure, het verwachte resultaat, mogelijke nadelen, risico's van behandeling en vervolgzorg*;
- informatie over verschillende alternatieven voor behandeling;
- informatie over de kwaliteits- en veiligheidsnormen waaraan u moet voldoen;
- informatie over prijzen van behandeling en de verwachte kosten;
- informatie over uw vergunning en registratiestatus waaruit blijkt dat u bevoegd bent de geneeskunde te beoefenen;
- informatie over of u al dan niet bent geregistreerd binnen het socialezekerheidsstelsel en of u gerechtigd bent gezondheidsdiensten te verlenen in het kader van de nationale socialezekerheidsdienst*/ziektelastverzekering*;
- informatie over uw beroepsaansprakelijkheidsverzekering.

- **Geïnformeerde toestemming**

Alle buitenlandse patiënten hebben recht op geïnformeerde toestemming. Controleer, voordat u aan een behandeling of medische ingreep begint, of de patiënt alle informatie die u hebt gegeven, begrijpt en instemt met alle verschillende stappen van de medische behandeling of procedure die u hebt voorgesteld.

- **Medisch dossier van de patiënt**

Controleer of de patiënt u zijn of haar medisch dossier van de behandelende zorgaanbieder in het land van herkomst* heeft verstrekt. Behandel een patiënt nooit zonder dat u over voldoende informatie beschikt over zijn of haar gezondheidstoestand en medische voorgeschiedenis.

2.2. Verplichtingen tijdens behandeling

- **Bijhouden van medische dossiers**

De buitenlandse patiënt heeft recht op een schriftelijk of elektronisch medisch dossier waarin elke behandeling of medische ingreep die u uitvoert, is opgenomen. Gedurende het zorgproces moet u gegevens, beoordelingen en informatie van elke aard over de medische situatie en klinische ontwikkeling van de patiënt documenteren. Daarbij gaat het onder meer om diagnoses, onderzoeksresultaten, behandelingsresultaten, toegediende geneesmiddelen, postoperatieve resultaten enz.

2.3. Verplichtingen na behandeling

- **Gelijke tarieven**

U bent verplicht in een vergelijkbare situatie dezelfde tarieven te hanteren voor buitenlandse en binnenlandse patiënten. Als er geen vergelijkbare prijs voor patiënten uit eigen land beschikbaar is, moet u een prijs aanrekenen die is berekend aan de hand van objectieve, niet-discriminerende criteria.

- **Vervolgzorg**

De patiënt heeft recht op vervolgzorg in zijn of haar land van herkomst*. Daarom moet u ervoor zorgen dat de continuïteit van de zorg kan worden gewaarborgd, bijvoorbeeld door recepten mee te geven die in het thuisland van de patiënt kunnen worden gebruikt (zie punt 3), of door de patiënt toegang te geven tot het medisch dossier dat u hebt bijgehouden, of ten minste een kopie daarvan mee te geven, die hij of zij kan aan de behandelende zorgaanbieder in zijn of haar thuisland kan tonen.

- **Overdracht van medische dossiers**

Buitenlandse patiënten moeten op afstand toegang hebben tot hun medisch dossier of ten minste één kopie hebben van het door u bijgehouden dossier. Als u een dergelijke kopie niet kunt verstrekken op grond van uw nationale wetgeving, moet u het dossier in elk geval zelf overdragen aan de zorgaanbieder van de patiënt in zijn of haar thuisland.

- **Persoonsgegevens**

In het kader van het bijhouden, overdragen en archiveren van persoonsgegevens in verband met de gezondheidstoestand van de patiënt, moet diens recht op bescherming van zijn of haar persoonsgegevens voortdurend worden gewaarborgd. De gegevensbescherming moet in lijn zijn met de wettelijke voorschriften uit Richtlijn 95/46/EG. Daarnaast is op 25 maart 2018 Verordening (EU) 2016/679 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens (ook wel de algemene verordening gegevensbescherming* genoemd) in werking getreden. Deze verordening bevat nieuwe waarborgen om te voorkomen dat de persoonsgegevens* van patiënten worden misbruikt of in verkeerde handen terechtkomen. Zorg dat u bekend bent met uw wettelijke verplichtingen in verband met de bescherming van persoonsgegevens.

③ Recepten

Een recept* voor geneesmiddelen of medische hulpmiddelen kan in ieder ander land van de EU*/EER* worden gebruikt.

Wanneer u een recept* voor geneesmiddelen of medische hulpmiddelen uitschrijft voor een buitenlandse patiënt, moet u altijd controleren of de patiënt van plan is het recept te gebruiken bij een apotheek in zijn of haar land van herkomst*.

Als de patiënt van plan is de geneesmiddelen of medische hulpmiddelen in het buitenland te verkrijgen, moet u zorgen dat u deze voorschrijft overeenkomstig de minimale informatievoorschriften voor grensoverschrijdende recepten* (Uitvoeringsrichtlijn 2012/52/EU*):

- identificatie van de patiënt: achternaam/achternamen; voornaam/voornamen; geboortedatum;
- authenticatie van het recept: datum van uitschrijven;
- identificatie van de voorschrijvende zorgaanbieder: achternaam/achternamen; voornaam/voornamen; beroepskwalificatie; rechtstreekse contactgegevens, zoals e-mailadres en telefoon- of faxnummer; werkadres (met de naam van de betrokken lidstaat); geschreven of digitale handtekening;
- identificatie van het voorgeschreven middel: algemene benaming (werkzame stof) of in uitzonderlijke gevallen naam; farmaceutische vorm (tablet, oplossing enz.); hoeveelheid; concentratie; doseringsschema.

Omdat het mogelijk is dat het betreffende geneesmiddel niet beschikbaar of niet

toegestaan is in het land van herkomst* van de patiënt, moet u uw patiënt echter aanraden het recept te gebruiken in een lokale apotheek, zolang hij of zij nog in de lidstaat van behandeling* is.

