**Kandidatuur om te worden opgenomen op de lijst van de verplegingsinrichtingen en plastisch chirurgen, gemachtigd voor het uitvoeren van borstreconstructies met eigen weefsel via microchirurgische vrije perforatorflappen**

*(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)*

* Te versturen volledig ingevuld, ondertekend en met de gevraagde bijlagen naar:

**RIZIV, Dienst Geneeskundige verzorging**

**Medische Directie**

**Galileelaan 5/01**

**1210 Brussel**

1. ***De verplegingsinrichting die zich kandidaat stelt***
	1. ***Identificatie van de verplegingsinrichting***

Naam van de verplegingsinrichting : ………………………………………………………

Riziv identificatienr. van de verplegingsinrichting : 710\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Campus:………………………………………………………………………………………

Administratief adres (adres waarop de briefwisseling dient gestuurd te worden):

Straat en nummer : ………………….……………..………………………………………..

Postcode en gemeente : …………………………………………………………………..

* 1. ***Identificatie van de verantwoordelijke beheerder namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting die zich kandidaat stelt:***

Naam en voornaam: ………………………………………………………..………………

E-mailadres : …………………………………………………………………………………

* 1. ***Coordinerend gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker***

Beschikt de verplegingsinrichting over dit zorgprogramma?

Vormt zij hiervoor een associatie met andere verplegingsinrichtingen?.....................

Zo ja, welke ?

**Verplegingsinrichting 1**

Naam van de verplegingsinrichting : ………………………………………………………

Riziv identificatienr. van de verplegingsinrichting : 710\_ \_ \_ \_ \_

Campus:………………………………………………………………………………………

**Verplegingsinrichting 2**

Naam van de verplegingsinrichting : ………………………………………………………

Riziv identificatienr. van de verplegingsinrichting : 710\_ \_ \_ \_ \_

Campus:………………………………………………………………………………………

* 1. ***Gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker "satellietborstkliniek"***

Beschikt de verplegingsinrichting over een samenwerkingsverband met een satellietborstkliniek?.............................................................................................

Zo ja, welke?

Naam van de verplegingsinrichting : ………………………………………………………

Riziv identificatienr. van de verplegingsinrichting : 710\_ \_ \_ \_ \_

Campus:………………………………………………………………………………………

Identificatie van de verantwoordelijke beheerder namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting met satellietborstkliniek:

Naam en voornaam: ………………………………………………………..………………

E-mailadres : …………………………………………………………………………………

1. ***Toetreding tot de overeenkomst van 24 oktober 2016:***

2.1. Is de verplegingsinrichting toegetreden tot de overeenkomst van 24 oktober 2016?

………………………………………………………………………………………………….

2.2. Zo ja, bevestigt u de administratieve gegevens met betrekking tot de verplegingsinrichting en de samenstelling van de equipe van artsen-specialisten in de plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde verbonden aan de verplegingsinrichting, zoals vermeld op de Excel-file in bijlage?

…………………………………………………………………………………………………

Indien u vraag 2.1. negatief beantwoordde, gelieve de hieronder vermelde punten 3, 5 en 6 in te vullen.

Indien u vraag 2.1. positief beantwoorde en vraag 2.2. negatief, gelieve de hieronder vermelde punten 4, 5 en 6 in te vullen.

Indien u beide vragen positief hebt beantwoord gelieve de hieronder vermelde punten 5 en 6 in te vullen.

1. ***Identificatie en verklaring op eer van de artsen-specialisten in de plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde verbonden aan de verplegingsinrichting*** *(enkel in te vullen in geval van niet-toetreding tot de overeenkomst van 24 oktober 2016)*
* **Plastisch chirurg 1:** Ik, ondergetekende,

Naam en voornaam:……………………………………………………………………….

E-mail adres:……………………………………………………………………............

Tel.:………………………………………………………...…………………………..

RIZIV-nummer:……………………………………………………………………….

verklaar hierbij op eer:

1. ….. borstreconstructies via microchirurgische vrije perforatorflappen **zelf** te hebben uitgevoerd over een periode van ….. (\*)
2. ….. borstreconstructies via microchirurgische vrije perforatorflappen mee te hebben uitgevoerd over een periode van ….. (\*)
3. de volgende opleidingen inzake borstreconstructie via microchirurgische vrije perforatorflappen te hebben gevolgd

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. aan de volgende publicaties inzake borstreconstructie via microchirurgische vrije perforatorflappen te hebben meegewerkt:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(\*) gelieve het aantal borstreconstructies en het aantal jaren ervaring te vermelden.*

* **Plastisch chirurg 2:** Ik, ondergetekende,

Naam en voornaam:……………………………………………………………………….

E-mail adres:……………………………………………………………………............

Tel.:………………………………………………………...…………………………..

RIZIV-nummer:……………………………………………………………………….

verklaar hierbij op eer:

1. ….. borstreconstructies via microchirurgische vrije perforatorflappen **zelf** te hebben uitgevoerd over een periode van ….. (\*)
2. ….. borstreconstructies via microchirurgische vrije perforatorflappen meete hebben uitgevoerd over een periode van ….. (\*)
3. de volgende opleidingen inzake borstreconstructie via microchirurgische vrije perforatorflappen te hebben gevolgd

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. aan de volgende publicaties inzake borstreconstructie via microchirurgische vrije perforatorflappen te hebben meegewerkt:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(\*) gelieve het aantal borstreconstructies en het aantal jaren ervaring te vermelden.*

* **Plastisch chirurg 3:** Ik, ondergetekende,

Naam en voornaam:……………………………………………………………………….

E-mail adres:……………………………………………………………………............

Tel.:………………………………………………………...…………………………..

RIZIV-nummer:……………………………………………………………………….

verklaar hierbij op eer:

1. ….. borstreconstructies via microchirurgische vrije perforatorflappen **zelf** te hebben uitgevoerd over een periode van ….. (\*)
2. ….. borstreconstructies via microchirurgische vrije perforatorflappen mee te hebben uitgevoerd over een periode van ….. (\*)
3. de volgende opleidingen inzake borstreconstructie via microchirurgische vrije perforatorflappen te hebben gevolgd

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. aan de volgende publicaties inzake borstreconstructie via microchirurgische vrije perforatorflappen te hebben meegewerkt:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(\*) gelieve het aantal borstreconstructies en het aantal jaren ervaring te vermelden.*

* **Plastisch chirurg 4:** Ondergetekende,

Naam en voornaam:……………………………………………………………………….

E-mail adres:……………………………………………………………………............

Tel.:………………………………………………………...…………………………..

RIZIV-nummer:……………………………………………………………………….

verklaar hierbij op eer:

1. ….. borstreconstructies via microchirurgische vrije perforatorflappen **zelf** te hebben uitgevoerd over een periode van ….. (\*)
2. ….. (\*) borstreconstructies via microchirurgische vrije perforatorflappen **als assistent** mede te hebben uitgevoerd
3. de volgende opleidingen inzake borstreconstructie via microchirurgische vrije perforatorflappen te hebben gevolgd

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. aan de volgende publicaties inzake borstreconstructie via microchirurgische vrije perforatorflappen te hebben meegewerkt:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*…………………………………………………………………………………………*

*(\*) gelieve het aantal borstreconstructies en het aantal jaren ervaring te vermelden.*

Indien meer plastische chirurgen deelnemen, gelieve hun gegevens toe te voegen in het document.

1. ***Wijziging van de samenstelling van de equipe (enkel in te vullen indien er een wijziging in de bestaande equipe wordt gesignaleerd aan het RIZIV).***
	1. ***Naam en RIZIV-nummer van de plastische chirurgen die de equipe verlaten:***
* **Plastisch chirurg 1**:

Naam en voornaam:……………………………………………………………………….

RIZIV-nummer:……………………………………………………………………….

* **Plastisch chirurg 2:**

Naam en voornaam:……………………………………………………………………….

RIZIV-nummer:……………………………………………………………………….

* 1. ***Gegevens van de plastische chirurgen die de equipe vervoegen:***
* **Plastisch chirurg 1:** Ik, ondergetekende,

Naam en voornaam:……………………………………………………………………….

E-mail adres:……………………………………………………………………............

Tel.:………………………………………………………...…………………………..

RIZIV-nummer:……………………………………………………………………….

maakt vanaf …………………… (dd/mm/jjjj) deel uit van het team van plastische chirurgen verbonden aan de hierboven vermelde verplegingsinrichting:

Hierbij verklaar ik op eer:

1. ….. borstreconstructies via microchirurgische vrije perforatorflappen **zelf** te hebben uitgevoerd over een periode van ….. (\*)
2. ….. borstreconstructies via microchirurgische vrije perforatorflappen mee te hebben uitgevoerd over een periode van ….. (\*)
3. de volgende opleidingen inzake borstreconstructie via microchirurgische vrije perforatorflappen te hebben gevolgd

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. aan de volgende publicaties inzake borstreconstructie via microchirurgische vrije perforatorflappen te hebben meegewerkt:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(\*) gelieve het aantal borstreconstructies en het aantal jaren ervaring te vermelden.*

* **Plastisch chirurg 2:** Ik, ondergetekende,

Naam en voornaam:……………………………………………………………………….

E-mail adres:……………………………………………………………………............

Tel.:………………………………………………………...…………………………..

RIZIV-nummer:……………………………………………………………………….

zal vanaf …………………… (dd/mm/jjjj) deel uitmaken van het team van plastische chirurgen verbonden aan de hierboven vermelde verplegingsinrichting:

Hierbij verklaar ik op eer:

1. ….. borstreconstructies via microchirurgische vrije perforatorflappen **zelf** te hebben uitgevoerd over een periode van ….. (\*)
2. ….. borstreconstructies via microchirurgische vrije perforatorflappen mee te hebben uitgevoerd over een periode van ….. (\*)
3. de volgende opleidingen inzake borstreconstructie via microchirurgische vrije perforatorflappen te hebben gevolgd

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. aan de volgende publicaties inzake borstreconstructie via microchirurgische vrije perforatorflappen te hebben meegewerkt:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(\*) gelieve het aantal borstreconstructies en het aantal jaren ervaring te vermelden.*

1. **Contactpersonen in geval van eventuele administratieve vragen):**

Naam:…………………………………………………………………………………….

E-mail adres:……………………………………………………………………............

Tel.:……………………………………………………………………………………….

1. **Toe te voegen bijlagen:**
2. **Een uittreksel uit de algemene regeling waaruit blijkt dat voor een patiënt op een éénpersoonskamer, de supplementaire honoraria voor de artsen specialisten die de operatie uitvoeren en bijstaan niet meer bedragen dan het bedrag zoals vermeld in de bijlage 2 bij de overeenkomst voor de verstrekkingen bedoeld in de artikelen 3, 4, 5 en 6 (fasen 1, 2 en 3, alsmede de eventuele revisie).**
3. **Drie (of vier) ondertekende exemplaren van de overeenkomst met het oog op de tegenondertekening door de Leidend ambtenaar de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV, in naam van het Verzekeringscomité. De drie (of vier) exemplaren zijn bestemd voor:**
* **Het ziekenhuis met coördinerende borstkliniek;**
* **Het diensthoofd van het team van plastische chirurgen;**
* **Het RIZIV**
* **Een eventueel vierde exemplaar voor de satellietborstkliniek.**

Gedaan te (plaats) op (datum)………./………./………

**De ondergetekenden bevestigen dat de hierboven vermelde gegevens correct zijn en dat zij kennis hebben genomen van de overeenkomst tussen het Verzekeringscomité van de Dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV en erkende verplegingsinrichtingen voor de vergoeding van de totale uni- of bilaterale borstreconstructie**

Naam, voornaam en handtekening van de verantwoordelijke bestuurder namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting die zich kandidaat stelt

Naam, voornaam, handtekening en stempel van elk lid van het team van plastische chirurgen, zoals vermeld hierboven of in de tabel in bijlage

Naam, voornaam, handtekening en stempel van de hoofdgeneesheer van de verplegingsinrichting die zich kandidaat stelt

Naam, voornaam en handtekening van de verantwoordelijke bestuurder namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting die over een satellietborstkliniek beschikt, gelinkt aan de verplegingsinrichting die zich kandidaat stelt