|  |  |
| --- | --- |
|  | **Aanvraag tot uitbreiding van het zorgaanbod van een medisch huis met een forfait** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Uw gegevens als contactpersoon met het RIZIV:** | |
| **Uw naam en voornaam:** |  |
| **Uw RIZIV-nummer:**  *(In te vullen als u een gezondheidszorgbeoefenaar bent en u een RIZIV-nummer hebt)* |  |
| **Uw e-mailadres:** | ……………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **De gegevens van uw medisch huis met een forfait:** | |
| **De naam van uw medisch huis:** |  |
| **Het RIZIV-nummer van uw groepering:** |  |

*Gelieve ook de keerzijde van dit formulier in te vullen en te ondertekenen*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **De uitbreiding van het zorgaanbod in uw medisch huis :** | | | |
| Nieuwe, aangevraagde zorgdiscipline :   |  |  | | --- | --- | |  |  | |  | Kinesitherapie  Verpleegkunde | | | | |
| Identificatiegegevens van de zorgverleners binnen de nieuwe, aangevraagde zorgdiscipline :  *(\*) (Als deze lijst niet lang genoeg is, kunt u een gelijkaardige lijst toevoegen)* | | | |
|  | **Beroep** | **Naam en voornaam van de zorgverlener** | **RIZIV-nummer van de zorgverlener** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Uw verklaring als contactpersoon:** |
| Door dit formulier te ondertekenen, verklaar ik dat de bezorgde gegevens correct zijn en dat alle zorgverleners van het medisch huis in kennis zijn gesteld over deze aanvraag tot uitbreiding van het zorgaanbod. Ik voeg aan deze aanvraag de tabel toe m.b.t. de zorgcontinuïteit.  Datum:  Handtekening: |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Hoe bezorgt u ons de aanvraag?** | |
| Per e-mail (ingescand document)aan de afdeling Medische Huizen ter attentie van de voorzitter van de Commissie | [mh-mm@riziv-inami.fgov.be](mailto:mh-mm@riziv-inami.fgov.be) |