**AANVRAAGFORMULIER / ATTEST VOOR STOPZETTING AANGAANDE DE TEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN VOOR DE PRE- EN REHABILITATIE VOOR EN NA EEN ABDOMINALE TRANSPLANTATIE**

In te dienen door de coördinator van het centrum bij de adviserend arts van de verzekeringsinstelling.

**IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE**

Naam - voornaam: ……………………………………………………………………………………………….

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

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

Rijksregisternummer: ……………………………………………………………………………………………

Bestemd voor het door de verzekeringsinstelling afgeleverde kleefbriefje (optioneel).

**IN TE VULLEN DOOR DE ZORGPADCOORDINATOR VAN HET CENTRUM**

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

RIZIV identificatienummer van de verplegingsinrichting: ……………………………………………………

Administratief adres verplegingsinrichting: ………………………………………….………………………...

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

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

**1.De aanvraag betreft pre- en rehabilitatiezorgpaden:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **Zorgpad 1 : lever, darm, pancreas of Abdominaal orgaantransplantatie** : | [ ]  **Zorgpad 2 : Niertransplantatie** |
| [ ]  Prehabilitatie | [ ]  Prehabilitatie |
| [ ]  Rehabilitatie | [ ]  Rehabilitatie |

**2. Zorgpaden**

**2.1** **Prehabilitatiezorgpad 1 (lever, darm, pancreas, combinatie):**

* Datum van de activatie op de transplantatielijst : ….. / ….. / …..
* Datum van het prehabilitatieoverleg : ….. / ….. / …..
* Datum start prehabilitatieperiode : ….. / ….. / …..

**2.2. Rehabilitatiezorgpad 1 (lever, darm, pancreas, combinatie) :**

* Datum van de transplantatie: ….. / ….. / …..
* Datum van het eerste rehabilitatieoverleg: ….. / ….. / …..
* Datum ontslag uit het ziekenhuis ( bij opname na ontslag uit ziekenhuis naar aanleiding van transplantatie): ….. / ….. / …..
* Datum start rehabilitatieperiode: ….. / ….. / …..

**2.3. Prehabilitatiezorgpad 2 (nier)**

* Datum van de activatie op de transplantatielijst : ….. / ….. / …..
* Datum van het prehabilitatieoverleg : ….. / ….. / …..
* Datum start prehabilitatieperiode : ….. / ….. / …..
* De keuze organiserend centrum: [ ]  Dialysecentrum [ ]  Transplantiecentrum

**2.4. Rehabilitatiezorgpad 2 (nier)**

* Datum van de transplantatie: ….. / ….. / …..
* Datum van het eerste rehabilitatieoverleg: ….. / ….. / …..
* Datum ontslag uit het ziekenhuis ( bij opname na ontslag uit ziekenhuis naar aanleiding van transplantatie): ….. / ….. / …..
* Datum start rehabilitatieperiode: ….. / ….. / …..
* De keuze organiserend centrum: [ ]  Dialysecentrum [ ]  Transplantiecentrum

**3. In geval van de stopzetting van een zorgpad**

De stopzetting is vanaf : ….. / ….. / …..

De reden van stopzetting:

* [ ]  Behoort niet meer tot de doelgroep
* [ ]  Doelstellingen zijn bereikt
* [ ]  Onmogelijkheid ([ ]  fysiek, [ ]  psychisch, [ ]  organisatorisch, [ ]  andere)
* [ ]  Op vraag van rechthebbende

|  |
| --- |
| RECHTHEBBENDE: Datum :….. / ….. / …..Handtekening  |

|  |
| --- |
| **ADIVISEREND ARTS VAN HET ZIEKENFONDS :**Ik bevestig de ontvangst van dir contract conform de reglementering betreffende de pre- en rehabilitatiezorgpadenDatum van ontvangst: :….. / ….. / …..Beslissing :O Gunstig* Voor prehabilitatiezorgpad 1 of 2: vanaf ….. / ….. / ….. (automatisch verlengbaar per behandeljaar)
* Voor de rehabilitatiezorgpad1 of 2: vanaf ….. / ….. / ….. tot ….. / ….. / …..

O Ongunstig : reden : ……………………………………………………………………………………………………O Andere: reden: ………………………………………………………………………………………………………… Naam en stempel Datum ….. / ….. / ….. en handtekening  |