

**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 kleeftbriefje (optioneel).

1. De aanvraag betreft pre- en revalidatiezorgpaden:

☐ 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
 - ❖ ☐ Transplantatiecentrum

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
 - ❖ ☐ Transplantatiecentrum

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

ADVISEREND ARTS VAN HET ZIEKENFONDS :

Ik bevestig de ontvangst van dir contract conform de reglementering betreffende de pre- en rehabilitatiezorgpaden

Datum van ontvangst: :..... / /

Beslissing :

☐ Gunstig

- Voor prehabilitatiezorgpad 1 of 2: vanaf / / (automatisch verlengbaar per behandeljaar)
- Voor de rehabilitatiezorgpad1 of 2: vanaf / / tot / /

☐ Ongunstig : reden :

☐ Andere: reden:

Naam en stempel

Datum / / en handtekening