**OVEREENKOMST AANGAANDE DE DIAGNOSE EN DE BEHANDELING**

**VAN HET SLAAPAPNEUSYNDROOM**

(van toepassing vanaf 1 januari 2018)

**BIJLAGE 11: INLICHTINGENFORMULIER OVER DE GESPECIALISEERDE NKO-ARTSEN EN DE MRA-SPECIALISTEN VAN HET CENTRUM**

IEDER CENTRUM DAT IN 2017 NOG NIET WERD OPGENOMEN OP DE RIZIV-LIJST VAN CENTRA DIE MRA-BEHANDELINGEN AANBIEDEN, MOET DIT FORMULIER VOLLEDIG INGEVULD EN MET ALLE GEVRAAGDE BEWIJSSTUKKEN BEZORGEN AAN HET RIZIV TEGEN UITERLIJK 30 APRIL 2018.

EEN CENTRUM DAT IN 2017 REEDS WERD OPGENOMEN OP DE RIZIV-LIJST VAN CENTRA DIE MRA-BEHANDELINGEN AANBIEDEN, MOET DIT FORMULIER NIET BEZORGEN, BEHALVE IN GEVAL VAN WIJZIGINGEN VAN DE GESPECIALISEERDE NKO-ARTSEN EN MRA-SPECIALISTEN VAN HET CENTRUM.

Indien nodig, kunt u rijen toevoegen in dit document.

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en adres (van de campus van) het ziekenhuis\*: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| E-mail-adres: |  |

\**Indien uw ziekenhuis, in toepassing van de bepalingen van bijlage 6 bij de overeenkomst, de slaapapneu-overeenkomst op 2 campussen toepast, voegt u een kolom toe en vermeldt u de gegevens van beide campussen.*

*Alleen gespecialiseerde NKO-artsen en MRA-specialisten die voldoen aan alle voorwaarden van artikel 3, § 4, 1.b en 1.c en bijlage 1 bij de overeenkomst, mogen in dit inlichtingenformulier worden opgenomen.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NKO-ARTS(EN) (cf. artikel 3, § 4, 1.b en bijlage 1 bij de overeenkomst)** | | |
| **Naam, voornaam en RIZIV-nummer (eventueel stempel)** | **Is een externe arts** | **Handtekening** |
|  |  |  |
|  |  |  |

In de kolom **“Is een externe arts”** wordt vermeld of het betrokken teamlid een externe arts is, d.i. een arts die zijn activiteiten rond slaapapneu in het kader van de overeenkomst niet verricht op een vestigingsplaats van het ziekenhuis waarvan het centrum deel uitmaakt maar op een vestigingsplaats van een ander ziekenhuis of in een eigen praktijk. In dat geval moet in bijlage het vereiste samenwerkingsakkoord worden gevoegd. Dit wordt alleen aangekruist als dit van toepassing is op het betrokken teamlid.

Gelieve voor iedere vermelde NKO-arts in een bijlage (met de nodige bewijsstukken) aan te tonen dat deze NKO-arts zich heeft bijgeschoold inzake de diagnose en behandeling van slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ALGEM(E)N(E) TANDARTS(EN), ORTHODONTIST(EN), STOMATOLO(O)G(EN) OF MAXILLO-FACIALE CHIRURG(EN) (cf. artikel 3, § 4, 1.c en bijlage 1 bij de overeenkomst)** | | |
| **Naam, voornaam en RIZIV-nummer (eventueel stempel)** | **Is een externe algemene tandarts of arts** | **Handtekening** |
|  |  |  |
|  |  |  |

In de kolom **“Is een externe algemene tandarts of arts”** wordt vermeld of het betrokken teamlid een externe zorgverstrekker is, d.i. een zorgverstrekker die zijn activiteiten rond slaapapneu in het kader van de overeenkomst niet verricht op een vestigingsplaats van het ziekenhuis waarvan het centrum deel uitmaakt maar op een vestigingsplaats van een ander ziekenhuis of in een eigen praktijk. In dat geval moet in bijlage het vereiste samenwerkingsakkoord worden gevoegd. Dit wordt alleen aangekruist als dit van toepassing is op het betrokken teamlid.

Gelieve voor iedere vermelde tandarts of arts in een bijlage (met de nodige bewijsstukken) aan te tonen dat deze zorgverstrekker zich heeft bijgeschoold inzake de diagnose en behandeling van slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen, en dat hij/zij met name in de 2 vorige kalenderjaren (2016 en 2017) binnen de activiteiten die hij/zij heeft bijgewoond voor het behalen en behouden van zijn/haar accreditering, jaarlijks activiteiten in verband met de diagnose en behandeling van slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen heeft bijgewoond ter waarde van 10 accrediteringspunten voor een algemeen tandarts en een orthodontist en ter waarde van 2 accrediteringspunten voor een stomatoloog of maxillo-faciaal chirurg.

**Ondergetekende(n) verklaren hierbij dat de vermelde gegevens in dit inlichtingenformulier correct zijn. Indien er zich in de toekomst wijzigingen zouden voordoen wat de namen van de teamleden betreft, dienen deze wijzigingen onmiddellijk schriftelijk aan het Riziv te worden gemeld.**

(naam, voornaam, functie en handtekening van de ondertekenaars van de overeenkomst)